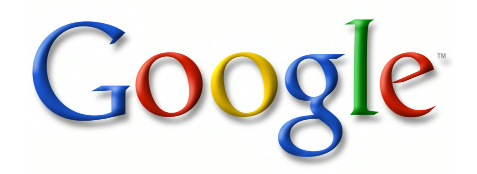



LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
O564 .P97 1892 STOR
Preussisches Hebammen-Lehrbuch.
24503454504

Ergänzungsblätter finden sich:

Seite 80 + 80 + 80
" 167
" 242
" 244
" 268
" 272.
" 279.



Fig. 1. Weibliche Figur mit eingezeichnetem Knochengerüst.

Preußisches

Hebammen-Lehrbuch.

Herausgegeben

im Auftrage

des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten.

Mit 43 Holzschnitten.

Berlin 1892.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Vorbericht.

Das im Jahre 1878 von Professor Dr. Litzmann verfaßte Lehrbuch der Geburtshülfe für die preußischen Hebammen entsprach nicht mehr den Anforderungen der neueren Zeit, insbesondere hatten die Vorschriften der Antisepsis (Vernichtung von Ansteckungsstoffen zur Verhütung des Kindbettfiebers) in demselben hinreichende Berücksichtigung noch nicht gefunden.

Eine Vorstellung der Directoren der preußischen Hebammen-Lehranstalten gab diesem Mangel im Herbst 1888 Ausdruck; infolge dessen berief der Herr Minister der Medizinal-Angelegenheiten im Herbst 1889 eine Kommission von Fachmännern zur Vorberatung von Grundzügen für das neue Hebammen-Lehrbuch und übertrug die Bearbeitung desselben dem Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Dohrn, Director der Hebammen-Lehranstalt zu Königsberg i. Pr. Der von Letzterem vorgelegte Entwurf wurde in der Kommission wiederholt durchberaten.

Die Kommission hielt an dem Grundsatz des alten Lehrbuches fest, daß der Wirkungskreis der Hebammen durchweg auf den Dienst einer sachverständigen Beobachtung und

Pflege zu beschränken, ein operatives Eingreifen dagegen, namentlich das Operiren innerhalb der Gebärmutterhöhle den Hebammen zu untersagen sei.

Die durch Einberufung der außerordentlichen Mitglieder erweiterte Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, welcher die Kommissionsbeschlüsse zur Begutachtung vorgelegt wurden, teilte indessen diesen Standpunkt nicht, empfahl vielmehr, gegenüber der in mehreren Gegenden des Königreichs erwiesenermaßen fortbestehenden Schwierigkeit der Beschaffung ärztlicher Hülfe, den Hebammen ausnahmsweise das Eingehn in die Gebärmutter zur Vornahme der Wendung und zur Herausholung der Nachgeburt unter gewissen Bedingungen zu gestatten.

Der Verfasser erhielt darauf den Auftrag, die Beschlüsse der wissenschaftlichen Deputation in dem neuen Lehrbuch zum Ausdruck zu bringen, im Uebrigen aber seinen Entwurf nach Maßgabe der Kommissionsbeschlüsse fertig zu stellen.

Den preußischen Hebammen wird daher gleich wie früher ein operatives Eingreifen unter Umständen gestattet bleiben. Die Hebammen sollen sich aber in jedem einzelnen Falle der großen Verantwortung, welche sie mit solchem selbständigen Eingreifen übernehmen, bewußt bleiben und niemals versäumen, zur rechten Zeit den Arzt herbeizurufen.

Inhalt.

Erster Teil.

Zweiter Teil.

Erster Abschnitt.

Von der Schwangerschaft, ihrem regelmäßigen Verlauf und dem Verhalten der Hebamme dabei.

Zweiter Abschnitt.

Seite

Von der Geburt, ihrem regelmäßigen Verlauf und dem Verhalten der Hebamme dabei.

Dritter Abschnitt.

Von dem regelmäßigen Wochenbett und dem Verhalten der Hebamme dabei.

Dritter Teil.

Von den unregelmäßigen Kindslagen.

Vierter Teil.

Von der unregelmäßigen Haltung des Kindes.

Fünfter Teil.

Sechster Teil.

Von dem unregelmäßigen Verlaufe der Schwangerschaft.

Siebenter Teil.

Von den Erkrankungen der Frucht und den Fehlern der Eiteile.

Achter Teil.

Von dem unregelmäßigen Verlaufe der Geburt.

Neunter Teil.

Von den Erkrankungen der Wöchnerin.

Seite

Zehnter Teil.

Von den Erkrankungen der Neugeborenen.

Anhang.

Von einigen Hülfeleistungen der Hebamme.

Anhang.

Verzeichniß der Abbildungen.

Anmerkung: Mehrere der vorstehend verzeichneten Abbildungen, so die Figuren 1, 2, 14, 17, 26, 27, 28, 34, sind Kopien der Zeichnungen im Lehrbuch der Hebammenkunst von B. S. Schultze. Herr Geh. Hofrath Schultze hat die Benutzung derselben in dankenswertester Weise gestattet.

Erster Teil.

1. Vom Bau des menschlichen Körpers.

§. 1.

Der menschliche Körper besteht aus Knochen und Weichteilen und wird durchflossen von dem Blut, welches alle Teile desselben ernährt.

§. 2.

Das Knochengerüste giebt dem Körper Halt und Festigkeit; auch dienen die Knochen dazu, um die weichen Teile im Innern des Körpers zu umschließen und zu schützen.

§. 3.

Am Rücken des Körpers liegt die Wirbelsäule. Dieselbe reicht vom Kopf bis zum Kreuzbein und besteht aus 24 Wirbeln, 7 Halswirbeln, 12 Brustwirbeln und 5 Lendenwirbeln. Man nennt diese 24 Wirbel, welche durch Knorpel mit einander verbunden sind, wahre Wirbel. Das Kreuzbein besteht auch aus Wirbeln, aber diese sind knöchern miteinander verwachsen, man nennt sie falsche Wirbel. Durch die Wirbelsäule führt von oben nach unten ein Kanal, in welchem das Rückenmark liegt.

§. 4.

An jeden der Brustwirbel setzt sich rechts und links eine Rippe an. Demnach hat der Mensch 24 Rippen, 12 auf jeder Seite. Vorn befestigen die Rippen sich an dem Brustbein. Die 7 obersten Rippen sind auf jeder Seite durch einen besonderen Knorpelstreifen mit dem Brustbein verbunden und heißen wahre Rippen. Die 5 unteren Rippen haben gemeinsame Knorpel, mit denen sie sich am Brustbein befestigen, und heißen falsche Rippen. Die Brustwirbel mit Rippen und Brustbein zusammen nennen wir Brustkorb.

§. 5.

Am oberen Ende des Brustbeins ist rechts und links das Schlüsselbein und an diesem wiederum an der Rückenseite das Schulterblatt befestigt. Am Schulterblatt sind die Armknochen eingelenkt. Der Oberarm hat nur einen Knochen, der Unterarm zwei: Elle und Speiche, weiter unten folgt die Handwurzel, Mittelhand und die Fingerknochen.

§. 6.

An das Kreuzbein sind zu beiden Seiten die Beckenknochen angeschlossen. Diese, wie der ganze Rumpf werden getragen von den Beinen. Jedes Bein hat einen Oberschenkelknochen, 2 Unterschenkelknochen: Schienbein und Wadenbein. Am Fuß unterscheiden wir die Fußwurzel, den Mittelfuß und die Zehen.

§. 7.

Wo die Knochen mit einander zusammenstoßen, finden sich die Gelenke. An diesen Stellen sind die Enden der Knochen mit Knorpel überzogen und werden durch Bänder, feste sehnige Streifen, mit einander zusammengehalten.

§. 8.

An die Knochen setzen sich die Muskeln an. Diese haben die Fähigkeit, sich zusammenzuziehen und dienen zur Bewegung. Sie bestehen aus roten Fleischfasern, welche der Länge nach neben einander liegen. Ihre Enden sind durch feste Sehnen an den Knochen befestigt. Man unterscheidet willkürliche Muskeln, deren Zusammenziehung dem Willen unterworfen ist und unwillkürliche Muskeln, welche sich zusammenziehen, ohne daß der Wille darauf einwirken kann.

§. 9.

In der Schädelhöhle liegt das Gehirn, aus welchem das Rückenmark entspringt. Von Gehirn und Rückenmark gehen Nerven aus zu den Muskeln und diese erhalten durch sie den Befehl, sich zusammenzuziehn. Andere Nerven gehen von der Oberfläche des Körpers nach dem Gehirn und Rückenmark. Diese nennt man Empfindungsnerven, jene Bewegungsnerven.

§. 10.

In dem Brustkorb liegen die Lungen und das Herz. Nach unten ist die Brusthöhle durch das Zwerchfell von der Bauchhöhle abgeschlossen. In der Bauchhöhle finden sich der Magen und die Gedärme, die Leber, die Milz, die Bauchspeicheldrüse, die Nieren, die Harnblase und die inneren Geschlechtsteile.

§. 11.

Von dem Herzen wird das Blut durch den Körper getrieben. Der Herzmuskel zieht sich beim Erwachsenen

ungefähr 80 mal in der Minute zusammen und treibt das warme Blut in alle Teile des Körpers. Die Adern, durch welche das Blut vom Herzen hinausgetrieben wird, pulsiren und heißen Schlagadern. Sie verästeln sich im Körper wie Zweige eines Baumes und werden endlich zu ganz feinen Röhrchen, welche man Haargefäße nennt. Aus den Haargefäßen strömt das Blut wieder durch die Blutadern zum Herzen zurück.

§. 12.

Das Blut giebt, während es durch den Körper hindurchfließt, an alle Teile desselben Nahrungsstoffe ab. Das Blut braucht daher Ersatz für die Stoffe, welche es abgiebt. Diese erhält dasselbe teils durch die Atmung, teils durch die aufgenommene Nahrung. Durch die Atmung wird dem Blute in den Lungen frische Luft zugeführt und aus dieser nimmt das Blut den Sauerstoff auf und giebt statt dessen wieder Kohlensäure ab. Diese Erfrischung durch zugeführte reine Luft ist dem Blute immerwährend nötig.

§. 13.

Die Nahrungsstoffe, welche der Mensch in sich aufnimmt, werden, nachdem sie im Munde zerkaut und mit Speichel durchmischt sind, durch die Speiseröhre in den Magen geführt. Hier werden sie durch den Magensaft verdaut und gelangen dann in den Zwölffingerdarm. Dort tritt zu ihnen die Galle hinzu und hilft weiter bei ihrer Verdauung. An den Zwölffingerdarm schließt sich der dünne Darm an. Von den Wänden des Darmkanals werden Bestandteile der aufgenommenen Nahrung aufgesogen und durch die sogenannten Saugadern dem Blute zugeführt. Die nicht aufgesogenen

Die Zündmasse aufgesaugt und aus dem Stiele

Bestandteile gelangen abwärts in den Dickdarm und werden als Kot aus dem Mastdarm beim Stuhlgang entleert. Von den wässrigen Bestandteilen der aufgenommenen Nahrung wird ein Teil durch die Nieren als Urin ausgeschieden und gelangt von diesen durch die Harnleiter in die Harnblase, ein anderer Teil wird als Schweiß auf der Haut ausgesondert oder beim Ausatmen durch die Lungen ausgeschieden.

§. 14.

An der Außenfläche ist der Körper mit der Oberhaut überzogen. Dieselbe ist, ausgenommen an den Handtellern und Fußsohlen, mit Haaren von verschiedener Art besetzt und hat unter sich ein, stellenweise dickes, Fettpolster. Die inneren Körperhöhlen, welche sich nach außen öffnen, sind von einer zarten, roten, feuchten Haut, der sogenannten Schleimhaut, die geschlossenen Körperhöhlen von einer feinen, Feuchtigkeit absondernden Haut ausgekleidet.

2. Das weibliche Becken.

§. 15.

Das Becken besteht im erwachsenen Körper aus 4 Knochen, dem Kreuzbein, dem Steißbein und den beiden Hüftbeinen.

§. 16.

Das Kreuzbein liegt hinten im Becken. Es hat eine dreieckige keilförmige Gestalt und kehrt seine breite Kante nach oben. Seine vordere Fläche ist ausgehöhlt, von oben



Fig. 2. Das weibliche Becken in Verbindung mit zwei Lendenwirbeln.

nach unten und von rechts nach links, und zwar liegt die tiefste Stelle dieser Aushöhlung in der Mitte des Kreuzbeins, seine hintere Fläche ist herausgewölbt und rauh.

Im kindlichen Körper besteht das Kreuzbein aus 5 Wirbeln, welche durch Knorpelstreifen von einander getrennt sind. Diese Knorpelstreifen werden im erwachsenen Körper zu Knochen und man sieht dann ihre Spur noch an der vorderen Fläche des Kreuzbeins als 4 von rechts nach links laufende Knochenleisten. Man nennt sie erhabene Linien. Wo der oberste erste Kreuzwirbel nach oben mit dem untersten Lendenwirbel zusammentrifft, bildet sich ein Knochenvorsprung. Dieser heißt: der Vorberg.

Nach unten ist das Kreuzbein befestigt mit dem Steißbein.

Das Kreuzbein wird von dem Rückenmarkskanal durchsetzt. Derselbe öffnet sich an der hinteren Fläche des Knochens in der Höhe des vierten Wirbels mit einem Schlitz. In den Rückenmarkskanal münden von der vorderen und der

hinteren Fläche des Kreuzbeins je 4 Paar Löcher. Durch dieselben gehen Adern und Nerven hindurch. Die Knochenteile des Kreuzbeins, welche zwischen den Löchern liegen, nennen wir die Wirbelkörper des Kreuzbeins, diejenigen, welche nach außen von den Löchern liegen, die Kreuzbeinflügel.

§. 17.

Das Steißbein besteht aus 4 kleinen Wirbelknochen, welche im Wachstum zurückgeblieben sind. Diese sind durch Knorpelstreifen mit einander verbunden, es kann daher die Spitze des Steißbeins sich etwas nach vorn und nach hinten biegen.

§. 18.

Die Hüftbeine sind an die beiden seitlichen Kanten des Kreuzbeins angeschlossen und erstrecken sich von dort in einem Bogen nach vorn, wo sie von links und rechts in der Mitte zusammenstoßen.



Fig. 3. Das rechte Hüftbein, von außen gesehen.



Fig. 4. Das rechte Hüftbein, von innen gesehen, mit Andeutung seiner Zusammensetzung aus 3 Stücken.

Bei Kindern besteht jedes Hüftbein aus 3 getrennten Stücken, dem Darmbein, Sitzbein und Schambein. Diese treffen in der Gelenkpfanne, welche den Kopf des Oberschenkelknochens aufnimmt, mit einander zusammen und sind dort durch Knorpelstreifen von einander getrennt. Bei Erwachsenen sind diese Knorpelstreifen zu Knochen geworden. Das Darmbein liegt nach oben, das Sitzbein nach unten, das Schambein nach vorn.

Den oberen Teil des Darmbeins nennen wir die Darmbeinschaufel. Dieselbe ist innen ausgehöhlt, außen vorgewölbt. Wo sie unten aufhört, findet sich an der Innenfläche des Knochens ein bogenförmiger Rand, die Bogenlinie des Darmbeins. Der obere S förmig gekrümmte Rand der Darmbeinschaufel heißt der Darmbeinkamm. Die Spitze, an welcher dieser vorn anfängt, nennen wir den vorderen Darmbeinstachel; am hinteren Ende des Darmbeinkamms liegt der hintere Darmbeinstachel.

Das Sitzbein hat 2 Aeste, einen hinteren breiteren,

den absteigenden Sitzbeinast, und einen vorderen schmäleren, den aufsteigenden Sitzbeinast. An der Kante des absteigenden Astes ist hinten eine Knochenspitze, der Sitzbeinstachel. Das untere dickere Ende des Sitzbeins, an welchem die beiden Aeste in einander übergehn, nennt man den Sitzbeinknorren.

Das Schambein hat ebenfalls 2 Aeste, einen queren und einen absteigenden Schambeinast. Der letztere verbindet sich mit dem aufsteigenden Ast des Sitzbeins. Auf dem oberen Rande des queren Schambeinastes, findet sich eine scharfe Knochenkante, der Schambeinkamm. Wo die Schambeine in der Mitte zusammenstoßen, ist die Schamfuge. Am unteren Rand der Schamfuge liegt der Schambogen.

§. 19.

Das Becken hat 3 Gelenkfugen. Das Kreuzbein trägt auf seinen beiden seitlichen Kanten eine rauhe Knochenfläche, welche man ohrförmige Gelenkfläche nennt. Durch diese verbindet es sich mit dem Darmbein. Diese Verbindungen nennt man die Kreuzdarmbeinfugen. Es sind das sehr feste Gelenkverbindungen. Die rauhen Knochenflächen passen an jeder Seite genau in einander, außerdem sind die Knochen durch Knorpel mit einander zusammengefügt und an der hinteren Fläche der Kreuzdarmbeinfugen durch starke sehnige Bänder mit einander zusammengehalten. Zwei weitere starke Bänder befestigen das untere Ende des Kreuzbeins rechts und links an den Sitzbeinstachel und an den Sitzbeinknorren, das Stachelkreuzband und Knorrenkreuzband. Diese feste Einfügung des Kreuzbeins ist erforderlich, weil das Kreuzbein die ganze Last des Rumpfes zu tragen hat.

Auch in der Schamfuge sind, obwohl sie viel kleiner ist, doch die Knochen fest mit einander zusammengefügt. Sowohl

durch Knorpel als auch durch sehnige Bänder sind hier die Knochen mit einander zusammengehalten.

§. 20.

Die Beckenknochen sind in Gestalt eines Knochenrings mit einander verbunden und schließen in sich einen Raum ein, welchen man die Beckenhöhle nennt.

Die Beckenhöhle teilt man in das große Becken und das kleine Becken.

Das große Becken liegt nach oben. Es wird hinten von den Lendenwirbeln, zu beiden Seiten von den Darmbeinschaufeln gebildet und vorn durch eine häutige Wand, die Bauchdecke, geschlossen. Das kleine Becken fängt mit dem Raum zwischen Vorberg, Schamfuge und Bogenlinien, dem sogenannten Beckeneingang, an. Es wird hinten durch die knöcherne Wand des Kreuzbeins und Steißbeins, vorn durch die Schamfuge, zu beiden Seiten durch die Pfannengegenden gebildet. Seine Höhlung ist gekrümmt in derselben Richtung, wie die vordere Fläche des Kreuzbeins.

§. 21.

An dem kleinen Becken sind verschiedene Oeffnungen zu unterscheiden. Von oben führt der Beckeneingang in dasselbe hinein, unten mündet es zwischen den Sitzbeinknorren aus im Beckenausgang. In seiner vorderen Wand finden sich unter den queren Schambeinästen 2 größere Knochenöffnungen, die eirunden Löcher. Dieselben sind im lebenden Körper mit einer sehnigen Haut verschlossen, welche nur ein kleines Löchelchen für den Durchtritt von Adern und Nerven frei läßt. Hinten liegt am absteigenden Sitzbeinast

über dem Sitzbeinstachel das große Sitzbeinloch, unter demselben das kleine Sitzbeinloch.

§. 22.

Eine Linie, welche so durch die Beckenhöhle gezogen wird, daß sie überall gleich weit von den sich gegenüberstehenden Beckenwänden entfernt bleibt, nennt man die Führungslinie des Beckens. Dieselbe hat einen gekrümmten Verlauf wie die vordere Fläche des Kreuzbeins. In der Richtung dieser Führungslinie muß der Finger beim Untersuchen eingeführt werden, in der gleichen Richtung tritt auch bei der Geburt das Kind von oben durch das Becken hinab.

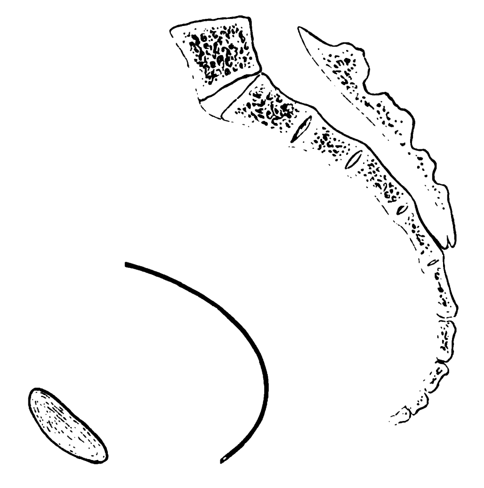


Fig. 5. Durchschnitt des weiblichen Beckens mit eingezeichneter Führungslinie.

§. 23.

Um den Bau des Beckens beurteilen zu können, muß die Hebamme die wichtigeren Durchmesser desselben kennen. Bei einer wohlgebildeten erwachsenen Frau beträgt im großen Becken (mit Hinzurechnung der Weichteile)

1. der Abstand der beiden vorderen Darmbeinstacheln: 26 Centimeter,
2. der größte Abstand der Darmbeinkämme: 29 Centimeter,
3. die Entfernung der hinten über dem Kreuzbein gelegenen Vertiefung, der sogenannten Kreuzgrube bis zu dem oberen Rande der Schamfuge: 20 Centimeter.

Im Beckeneingang unterscheidet man:

1. den geraden Durchmesser; derselbe geht vom Vorberg bis zum oberen Rande der Schamfuge und mißt 11 Centimeter.
2. den queren Durchmesser; derselbe geht von einer Bogenlinie des Darmbeins zur anderen und mißt $13^1/_2$ Centimeter,

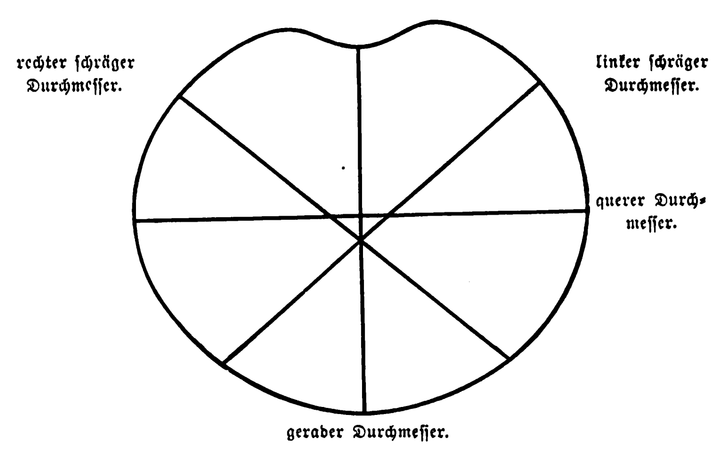


Fig. 6. Die Gestalt und die Durchmesser des Beckeneingangs.

3. die schrägen Durchmesser; der rechte schräge Durchmesser ist eine Linie zwischen der rechten Kreuzdarmbeinfuge und dem linken queren Schambeinast, der linke eine Linie zwischen der linken Kreuzdarmbeinfuge

und dem rechten queren Schambeinast. Jeder dieser schrägen Durchmesser mißt 12 Centimeter.

Unterhalb des Beckeneingangs ist die Beckenhöhle in der geraden Richtung von vorn nach hinten weiter, weil das Kreuzbein nach hinten zu ausgehöhlt ist, dagegen von rechts nach links, besonders zwischen den Sitzbeinstacheln, ist sie in querer Richtung enger als im Beckeneingang.

In dem Beckenausgang mißt der gerade Durchmesser von der Spitze des mäßig zurückgebogenen Steißbeins bis zum unteren Rande der Schamfuge 11 Centimeter. Ebenso viel mißt der quere zwischen den Sitzbeinknorren.

§. 24.

In dem aufrechtstehenden Körper ist das Becken vornübergeneigt, so daß der Beckeneingang nicht genau nach oben,



Fig. 7. Die Neigung des Beckens im aufrechtstehenden Körper.

sondern nach vorn und oben gerichtet ist. Der Beckenausgang ist nach unten und ein wenig nach hinten gerichtet,

so daß bei aufrechtstehender Frau die Spitze des Steißbeins etwas weiter vom Fußboden entfernt ist als der untere Rand der Schamfuge. Man nennt diese Stellung des knöchernen Beckenrings die Neigung des Beckens.

3. Die weiblichen Geschlechtsteile.

§. 25.

Die weiblichen Geschlechtsteile liegen teils an, teils in dem Becken. Man teilt sie ein in äußere und innere. Die äußeren Geschlechtsteile sind von außen sichtbar, die inneren liegen verborgen im Becken und sind für die Hebamme nur durch das Gefühl zu erkennen.

Aeußere Geschlechtsteile:

§. 26.

Der Schamberg ist eine hervorgewölbte, mit starkem Fettpolster versehene Stelle der Haut, welche vorn auf der Schamfuge liegt.

§. 27.

Von dem Schamberg aus gehen zwei breite, ebenfalls fettreiche Hautfalten nach unten, die großen Schamlippen. An ihrem unteren Ende sind sie durch eine Falte, das Schamlippenbändchen, mit einander verbunden.

Hinter dem Schamlippenbändchen liegt der Damm, eine fleischige, 3—4 Centimeter breite Hautbrücke, welche bis zum After reicht.

Die Spalte zwischen den großen Schamlippen heißt die

Schamspalte. Große Schamlippen und Schamberg sind bei Erwachsenen mit krausen Haaren besetzt.

Die kleinen Schamlippen sind zwei dünne längliche Falten, welche zwischen den großen Schamlippen liegen und kürzer sind als diese. Sie sind von Schleimhaut überzogen.

Wo die kleinen Schamlippen oben miteinander zusammentreffen, liegt unter denselben eine empfindliche kleine Hervorragung, der Kitzler.

Ungefähr 2 Centimeter unter dem Kitzler, dicht über dem Scheideneingang, liegt die Oeffnung der Harnröhre.



Fig. 8. Die äußeren weiblichen Geschlechtsteile.

§. 28.

Der Raum zwischen der Harnröhrenmündung und dem Schamlippenbändchen heißt der Scheideneingang. Bei Jung-

frauen ist dieser durch ein zartes Häutchen, das Jungfernhäutchen, welches nur eine kleine Oeffnung für den Abfluß des monatlichen Geblütes frei läßt, verschlossen.

Das Jungfernhäutchen zerreißt gewöhnlich beim ersten Beischlaf und erleidet bei der Geburt durch den Durchtritt des Kindes noch weitere Einrisse. Als Reste desselben sind dann Wärzchen zu bemerken, welche man myrtenförmige Wärzchen nennt.

§. 29.

Innere Geschlechtsteile sind: die Scheide, die Gebärmutter mit ihren Bändern, die Eileiter und die Eierstöcke.

§. 30.

Die Scheide ist ein mit Schleimhaut ausgekleideter dehnbarer Schlauch, welcher in der Richtung der Führungslinie des Beckens vom Scheideneingang aufwärts zur Gebärmutter führt.

Man unterscheidet an derselben eine vordere kürzere und eine längere hintere Wand. Beide Wände liegen in leerem Zustande eng auf einander. Die innere Fläche der Scheide ist mit Schleimhautfalten besetzt, welche besonders zahlreich an der vorderen Wand vorhanden sind und großenteils quer verlaufen. Dadurch wird die Scheide in den Stand gesetzt, sich stärker ausdehnen zu können. Nach häufigem geschlechtlichen Verkehr und namentlich nach Geburten wird die Scheide weicher und schlaffer.

Das obere Ende der Scheide nennt man das Scheidengewölbe. Nach seiner Lage zum Gebärmutterhalse unterscheidet man ein vorderes und ein hinteres Scheidengewölbe. Das letztere reicht höher hinauf als das erstere.



Fig. 9. Linke Hälfte des weiblichen Beckens mit den Weichteilen.

Zwischen Scheide und Schamfuge liegt die Harnblase und Harnröhre. Die Harnröhre ist ein gegen 4 Centimeter langer enger Kanal, welcher aus der Harnblase nach außen führt. Die Stelle, an welcher die Harnblase in die Harnröhre übergeht, nennt man den Blasenhals. Zwischen Scheide und hinterer Beckenwand liegt der Mastdarm, unten in der Mitte der Kreuzbeinaushöhlung, weiter oben links vom Vorberg.

§. 31.

Die Gebärmutter ist ein hohler, fleischiger Körper, welcher die Gestalt einer plattgedrückten Birne hat. Das breite Ende ist nach oben gekehrt. Man unterscheidet an der Gebär=

mutter eine vordere abgeflachte und eine hintere vorgewölbte Wand, sowie eine rechte und eine linke Seitenkante.

Den obern breitern Teil der Gebärmutter nennt man den **Muttergrund**, den mittleren den **Mutterkörper**, den unteren schmalen Teil den Mutterhals. Das unterste Ende der Gebärmutter, der **Scheidenteil**, ragt in Gestalt eines Zapfens in die Scheide hinab und wird von dem Scheidengewölbe umfaßt.

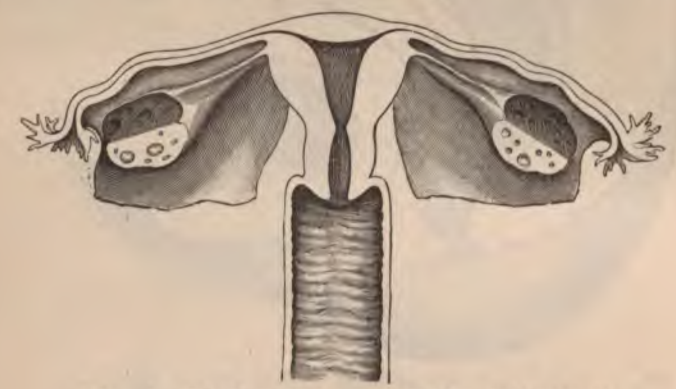


Fig. 10. Die Innenfläche der weiblichen Geschlechtsteile.

§. 32.

In ihrem Innern hat die Gebärmutter eine dreieckige Höhle, welche von vorn nach hinten abgeplattet ist. Diese Höhle führt nach unten durch eine engere Oeffnung, den **inneren Muttermund**, in den **Mutterhalskanal** hinein.

Nach der Scheide zu öffnet sich der Mutterhalskanal mit einem Querspalt, welcher der **äußere Muttermund** heißt. Der äußere Muttermund wird von zwei Lippen, der vorderen und der hinteren Muttermundslippe, umschlossen; die vordere steht tiefer als die hintere.

Die Wände der Gebärmutter enthalten Muskelfleisch, die Höhle der Gebärmutter ist innen von Schleimhaut aus-

gekleidet, welche nach unten in die Schleimhaut der Scheide übergeht.

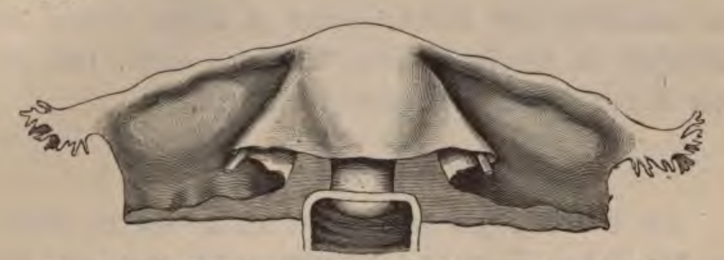


Fig. 11. Die Gebärmutter mit ihren Anhängen, von vorne gesehen.

§. 33.

An ihrer äußeren Fläche wird die Gebärmutter von dem Bauchfell überzogen. Es ist dies eine zarte glänzende Haut, welche wie ein Tuch die ganze Bauchhöhle auskleidet und die in derselben liegenden Eingeweide überzieht.

Das Bauchfell geht vorn über die Gebärmutter nur bis zur Hälfte derselben hinab und schlägt sich dann, ungefähr in der Höhe des inneren Muttermundes auf die Harnblase hinüber. Hinten wird die ganze Wand der Gebärmutter bis auf das hintere Scheidengewölbe hinab von dem Bauchfell überkleidet. Vom hinteren Scheidengewölbe zieht sich dann das Bauchfell hinten auf die vordere Wand des Mastdarms hinauf (vgl. Fig. 9).

§. 34.

Der Ueberzug des Bauchfells, welcher die Gebärmutter umschließt, setzt sich rechts und links bis an die Seitenwände des kleinen Beckens fort und bildet so zwei quer verlaufende Falten, welche die breiten Mutterbänder heißen.

§. 35.

An der vorderen Wand der Gebärmutter liegen die

runden Mutterbänder, zwei runde fleischige Stränge, welche von den Ecken des Muttergrundes ausgehen, nach vorn über den Rand des Beckeneingangs zu beiden Seiten der Schamfuge in den sogenannten Bauchring laufen und sich dann in den großen Schamlippen verlieren.

§. 36.

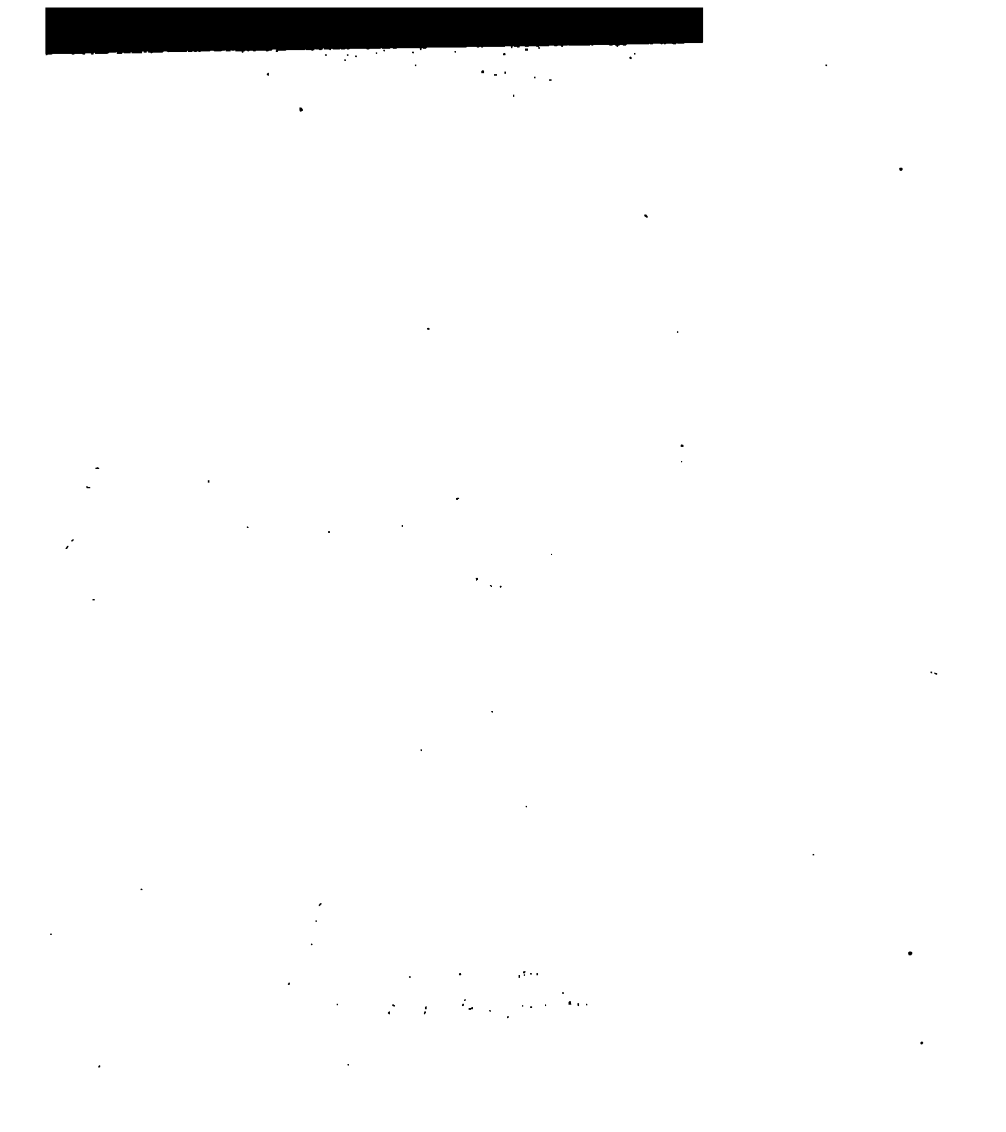
Die Eileiter sind zwei dünne häutige Röhren, welche von den beiden Seiten des Muttergrundes ausgehen, von dem oberen Rande des breiten Mutterbandes bedeckt, nach rechts und links verlaufen und sich am Seitenrande des Beckens mittelst trichterförmiger von Fransen umgebener Oeffnungen frei in die Bauchhöhle öffnen. Ihr inneres Ende mündet in die Höhle der Gebärmutter mit einer feinen Oeffnung.

§. 37.

Unter dem Fransenende der Eileiter liegen, etwas einwärts an der hinteren Fläche der breiten Mutterbänder befestigt die Eierstöcke, Körper von der Gestalt einer großen Mandel, welche zur Bereitung der Eier dienen. Schneidet man einen Eierstock auf, so findet man darin viele Bläschen von verschiedener Größe. In jedem dieser Bläschen liegt ein kleines mit bloßem Auge nicht wohl erkennbares Ei.

§. 38.

Die Gebärmutter liegt im ungeschwängerten Zustande im kleinen Becken und wird durch die beschriebenen Befestigungen in ihrer gewöhnlichen Lage gehalten. Der Muttergrund reicht hinauf bis in den Beckeneingang, der Scheidenteil reicht hinab bis in den Raum zwischen viertem Kreuz-



wirbel und unterem Rand der Schamfuge. Durch die Befestigung des Scheidenteils in dem Scheidengewölbe wird die Gebärmutter von unten gestützt, sodaß ihr Herabsinken gehindert wird.

Die breiten Mutterbänder halten die Gebärmutter in der Mitte, so daß sie nicht zu weit rechts oder links aus der Führungslinie ausweichen kann. Die runden Mutterbänder halten die Gebärmutter nach vorn, wo sie der Harnblase gleichwie einem Polster anliegt.

§. 39.

Die Adern und Nerven, welche die Gebärmutter versorgen, treten großenteils in der Gegend des Mutterhalses von rechts und links an dieselbe hinan und liegen dort von den Bauchfellfalten des breiten Mutterbandes bedeckt.

§. 40.

Im kindlichen Alter sind die Geschlechtsteile noch wenig entwickelt. Im Alter von 16—17 Jahren, bisweilen etwas früher oder später, beginnt die Zeit der Geschlechtsreife. Es werden dann die Geschlechtsteile blutreicher und nehmen an Umfang zu. Schamberg und große Schamlippen schwellen an und fangen an, Haare zu entwickeln; die Gebärmutter und Eierstöcke werden dicker und blutreicher.

§. 41.

Um diese Zeit beginnt die monatliche Regel (Periode). Der Vorgang dabei ist folgender. Alle 4 Wochen wird in dem Eierstocke ein Ei reif. Das Bläschen, in welchem dasselbe eingeschlossen ist, vergrößert sich dabei, drängt über die Oberfläche des Eierstocks hervor und berstet schließlich an

der am meisten hervorragenden Stelle. Das dann austretende Ei wird von den Fransen des Eileiters, welche sich bereits früher an den Eierstock anlegten, erfaßt, so in jenen aufgenommen und weiter in die Gebärmutter befördert.

Zur gleichen Zeit, während die Fransen den Eierstock umfaßt halten, findet aus der Gebärmutterhöhle ein Blutabgang statt. Es platzt dort nämlich die Schleimhaut des Gebärmutterkörpers an zahlreichen Stellen und die kleinen Bluttröpfchen fließen dann, mit Gebärmutterschleim vermischt, aus dem Muttermund als monatliches Geblüt heraus.

Das Ei gebraucht ungefähr 4 Tage, bis es vom Eierstock in die Gebärmutter gelangt. Wenn es nicht befruchtet wurde, so wird es aus der Gebärmutterhöhle mit dem Geblüt herausgeschwemmt. Wurde es auf dem Wege durch den Eileiter durch Zusammentreffen mit dem männlichen Samen befruchtet, so bleibt es in der Gebärmutterhöhle haften. Es wird dann in der Gebärmutter ernährt und die Frucht zur Reife gebracht.

§. 42.

Die monatliche Regel dauert bei der erwachsenen Frau bis in die zweite Hälfte der vierziger Jahre. Um diese Zeit, die sogenannte Wechselzeit, hören die Eierstöcke auf, Eier zur Reifung zu bringen und damit verschwindet denn auch die monatliche Blutausscheidung aus der Gebärmutter.

---

4. Die weiblichen Brüste.

§. 43.

Zu beiden Seiten des Brustbeins liegen vorne auf dem Rippenkorb die halbkugelförmig gestalteten Brüste. Dieselben sind überdeckt von zarter, doch sehr fettreicher Haut. Unter dieser liegen 12—15 Milchdrüsen, welche strahlig nebeneinander gelagert und durch Scheidewände von einander getrennt sind. Jede Milchdrüse besteht aus feinen Bläschen und den aus diesen entspringenden feinen Milchkanälen. In den Bläschen wird die Milch bereitet und fließt dann in die Milchkanäle hinein.



Fig. 12. Durchschnitt durch die weibliche Milchdrüse.

§. 44.

In der Mitte der Brust findet sich die Brustwarze, eine zapfenförmige, dunkler gefärbte, empfindliche Hervorragung der Haut und um die Warze herum der ebenfalls dunkler verfärbte Warzenhof. In letzterem liegen kleine Drüsenknötchen, welche namentlich während der Schwangerschaft anschwellen.

§. 45.

Auf der Spitze der Warze münden die Ausführungsgänge der Milchdrüsen mit 12—15 feinen Oeffnungen. Bei Kindern sind die Brüste noch wenig entwickelt. Erst im geschlechtsreifen Alter und namentlich in der Schwangerschaft nehmen sie an Umfang zu.

Zweiter Teil.

Erster Abschnitt.

Von der Schwangerschaft, ihrem regelmäßigen Verlauf und dem Verhalten der Hebamme dabei.

§. 46.

Schwangerschaft nennt man den Zustand einer Frau, welche in ihrem Leibe eine menschliche Frucht ernährt. Die Schwangerschaft beginnt mit der Empfängnis und dauert bis zur Ausstoßung der Frucht bei der Geburt.

§. 47.

Die Empfängnis kommt zu stande durch einen fruchtbaren Beischlaf, bei welchem der männliche Samen in die weiblichen Geschlechtsteile eindringt und mit dem Ei zusammentrifft. Das Zusammentreffen von Samen und Ei, die Befruchtung, geschieht in der Regel in dem Eileiter. Meistens wird nur ein Ei, selten mehrere gleichzeitig befruchtet.

Wenn das befruchtete Ei durch den Eileiter in der Gebärmutter anlangt, siedelt es sich dort an und entwickelt sich dort zur menschlichen Frucht.

§. 48.

Die Dauer einer regelmäßigen Schwangerschaft beträgt 40 Wochen oder 280 Tage. In Kalendermonaten macht das 9 Kalendermonate und 4—7 Tage aus. Der einfacheren Rechnung wegen pflegt man aber die Schwangerschaft nach sogenannten Schwangerschaftsmonaten, jeden zu 4 Wochen, zu berechnen und giebt demnach die Dauer der menschlichen Schwangerschaft zu 10 Schwangerschaftsmonaten an.

1. Veränderungen des Eis während der Schwangerschaft.

§. 49.

Das Ei hat, so lange es sich im Eierstock befindet, die Größe eines Staubkornes und nur mit dem Vergrößerungsglase erkennt man an demselben, daß es ein Bläschen ist, welches Dotter und eine denselben überziehende Schicht Eiweiß enthält.

§. 50.

Nachdem die Befruchtung des Eies stattgefunden hat, wächst das Eibläschen und entwickelt mit der Anlage des Fruchtkörpers 2 Häute, die Wasserhaut und die Zottenhaut. Die Wasserhaut, eine zarte, glatte, durchsichtige Haut umschließt innen die erste Anlage des Fruchtkörpers. Nach außen von ihr liegt die Zottenhaut. Diese ist an ihrer äußeren Fläche mit Zotten, kleinen Rauhigkeiten besetzt, welche dem Ei, so lange es noch klein ist, eine unebene sammetartige Oberfläche geben. Späterhin wachsen diese

Zotten und treiben zierliche kleine Aeste, wie die Zweige eines Busches.

Schon wenn das befruchtete Ei in die Gebärmutterhöhle hineingelangt, ist seine Oberfläche mit Zotten besetzt und dadurch wird es befähigt, in der Gebärmutterhöhle festzuhaften.

§. 51.

Mittlerweile hat sich auch die Gebärmutter dadurch für die Ansiedelung des Eies vorbereitet, daß aus der Schleimhaut sich die Siebhaut entwickelt hat. Die Siebhaut entsteht dadurch, daß sich die Gebärmutterschleimhaut verdickt und die in ihr befindlichen Drüsenöffnungen sich vergrößern. Es bekommt dadurch die Schleimhaut ein durchlöchertes Ansehn, und deshalb nennt man sie in diesem Zustande Siebhaut. Von dieser Haut wird das Ei an der Stelle, an welcher es zuerst mit der Gebärmutter in Verbindung tritt, vollständig umwachsen und so in dieselbe eingeschlossen.

§. 52.

Das befruchtete Ei hat demnach, wenn es in der Gebärmutter sich angesiedelt hat, 3 Häute: nach außen die Siebhaut, welche in der Gebärmutter gewachsen ist, dann die Zottenhaut und nach innen die Wasserhaut.

Die Zotten der Zottenhaut sind in die Siebhaut, gleichwie Wurzeln in das Erdreich, eingesenkt und nehmen aus der Siebhaut die Nahrungsstoffe auf für das erste Wachstum des Ei's.

Der beschriebene Zustand dauert bis zu Ende des zweiten Schwangerschaftsmonats. Um diese Zeit fangen die Zotten an, auf dem größten Teile der Zottenhaut zu verschwinden.

Nur an einer Stelle werden sie dichter und größer und treiben zahlreiche Aeste. An dieser Stelle bildet sich der



Fig. 13. Das befruchtete Ei nach seiner Ansiedelung in der Gebärmutter.

Mutterkuchen und fortan bezieht die Frucht durch den Mutterkuchen ihre zum Wachstum nötige Nahrung.

§. 53.

Mit dem Mutterkuchen steht die Frucht in Verbindung durch die Nabelschnur. Es ist dies ein rundlicher Strang, welcher von dem Nabel des Kindes ausgeht und sich am Mutterkuchen, in der Regel in dessen Mitte, befestigt. Die Nabelschnur enthält 3 Adern, 2 Schlagadern und eine Blutader. Die beiden Schlagadern führen das verbrauchte Blut

nach dem Mutterkuchen, die Blutader führt das Blut, nachdem es im Mutterkuchen verbessert ist, zum Kinde wieder zurück.

Die Schlagadern verteilen sich, nachdem sie am Mutterkuchen angelangt sind, in viele kleine Aeste und die feinsten Aeste dringen in die Zotten hinein. Hier treten sie in Austausch mit dem mütterlichen Blute, welches die Zotten umspült, geben verbrauchte Stoffe an das mütterliche Blut ab und nehmen neue frische aus demselben auf. Die Erfrischung, welche das kindliche Blut dabei erfährt, besteht nicht allein in der Aufnahme neuer Nahrungsstoffe, sondern dient auch zugleich als Ersatz der Atmung, indem aus dem mütterlichen Blute Sauerstoff aufgenommen und dafür wieder Kohlensäure an dasselbe abgegeben wird. Aus den Zotten fließt sodann das nunmehr erfrischte Blut wieder durch kleine Adern, die sich immer mehr durch Zusammentreffen mit andern Stämmen vergrößern, in die Blutader zurück und so dem Kinde zu. In solcher Weise nimmt der Blutlauf des Kindes ständig seinen Fortgang, so lange die Frucht im Mutterleibe lebt. Jede Störung des Blutlaufs stört auch sofort das Befinden der Frucht.

In der Nabelschnur liegen die 3 Adern in eine weiche durchscheinende Masse, die sogenannte Sulze, eingebettet. Die Menge derselben ist verschieden und man unterscheidet danach dünne, sulzarme, und dicke, sulzreiche Nabelschnüre. Einzelne Stellen, wo die Sulze stärker angehäuft ist, nennt man Sulzknoten.

Die Adern verlaufen in der Nabelschnur in gewundener Richtung. Bisweilen bemerkt man stark geschlängelte Stellen in denselben, sogenannte Aderknoten.

Um die Sulze und die Adern herum liegt die Wasser-

haut, welche die Nabelschnur wie eine Scheide überzieht. Die Nabelschnur ist im Anfang noch sehr kurz. Später erreicht sie die Länge des Kindes und darüber.

Der Mutterkuchen, Nabelschnur und Eihäute werden zusammen Nachgeburt genannt, weil sie nach Geburt des Kindes ausgestoßen werden.

§. 54.

In der Wasserhaut ist das Fruchtwasser eingeschlossen. Dasselbe umspült den Körper der Frucht. Das Fruchtwasser ist eine, anfangs klare, später weißlich trübe Flüssigkeit von fadem Geruch. Seine Menge nimmt im Laufe der Schwangerschaft zu und gegen Ende der Schwangerschaft beträgt sie ungefähr 1 Liter. Gelegentlich befindet sich auch noch zwischen den Eihäuten etwas Wasser, welches man falsches Fruchtwasser nennt.

Das Fruchtwasser ist für das Wachstum der Frucht außerordentlich wichtig. Sein Hauptnutzen ist der, daß es den Blutlauf schützt. Der Mutterkuchen und die Nabelschnur würden in gefährlicher Weise gedrückt werden, wenn das Fruchtwasser fehlte.

Daneben hat es den Nutzen, daß es der Frucht das Wachstum und die Bewegung ihrer Glieder ermöglicht. Ferner befördert es die gleichmäßige Ausdehnung der Gebärmutter, schützt die Frucht vor Verletzungen und läßt die Bewegungen des Kindes der Mutter weniger empfindlich werden.

§. 55.

Die Frucht bezieht durch die Nabelschnur aus dem Mutterkuchen alle Nahrungsstoffe, welche sie zum Aufbau ihres Körpers braucht. Der Mutterkuchen ist mit breiter Fläche

an die Innenwand der Gebärmutter angeheftet und die Zotten des Mutterkuchens sind so in das mütterliche Gewebe eingesenkt, daß die mütterlichen Adern nahe an die Oberfläche der Zotten hinanreichen.

An seiner Außenfläche ist der Mutterkuchen rauh und in viele Lappen eingeschnitten, an seiner inneren Fläche, nach dem Kinde zu, ist er glatt, von der Wasserhaut überzogen. Seine Gestalt ist meistens die einer kreisrunden Scheibe mit stumpfen Rändern, sein Gewicht beträgt gegen Ende der Schwangerschaft ungefähr 500 g. – 600 g.

§. 56.

Der Körper der menschlichen Frucht ist erst zu Ende des ersten Schwangerschaftsmonats deutlich im Ei zu erkennen. Der Kopf und der Rücken sind die Teile, welche sich am frühesten bilden, die ersten Andeutungen der Gliedmassen werden zu Anfang des zweiten Schwangerschaftsmonats kenntlich. In der sechsten Woche hat die Frucht die Größe einer Biene.



Fig. 14. 6 wöchentliches Ei mit der Frucht.

In der neunten bis zehnten Woche hat das Ei ungefähr die Größe eines Hühnereis erreicht. Der Fruchtkörper ist

dann ungefähr 7 cm. lang. An der Außenfläche der Zottenhaut sieht man deutlich die Anfänge der Bildung des Mutterkuchens. Gegen die dreizehnte Woche beginnt das Geschlecht unterscheidbar zu werden. In den folgenden Wochen wächst die Frucht erheblich weiter in die Länge, doch bleibt der Kopf noch immer unverhältnismäßig groß.

Um die Mitte der Schwangerschaft, in der zwanzigsten Woche ist die Frucht gegen 26 cm. lang und ungefähr 300 g. schwer. Um diese Zeit beginnen auf der Haut feine Härchen, das sogenannte Wollhaar, hervorzuwachsen. Auch fangen um diese Zeit die Bewegungen der Gliedmassen an der Frucht der Mutter fühlbar zu werden.

Mit 28 Wochen erreicht die Frucht eine Länge von mindestens 36 cm. und ein Gewicht von 1200 g. Auf der Haut beginnt sich eine weißliche, fettige Masse, der sogenannte Käseschleim, abzusondern, auch fangen an der Kopfhaut die Haare an zu wachsen. Früchte, welche um diese Zeit oder etwas früher geboren werden, machen Bewegungen mit den Gliedmassen, schnappen auch nach Luft, sind aber noch nicht imstande, ihr Leben dauernd zu erhalten. Man nennt daher alle vor der achtundzwanzigsten Woche geborenen Früchte, unzeitige.

§. 57.

Erst mit der neunundzwanzigsten Woche wird die Frucht lebensfähig, d. h. fähig, ihr Leben außerhalb der Gebärmutter, falls sie sehr gut gepflegt wird, fortzusetzen. Man nennt solche Früchte, die von der neunundzwanzigsten Woche ab bis zur neununddreißigsten Woche geboren werden, frühzeitige Früchte.

§. 58.

Um die vierzigste Woche erreicht die Frucht ihre Reife.



Die besten Merkmale der Reife sind das Gewicht und die Länge des Kindes.

Ein reifes Kind ist mindestens 3000 g schwer und 50 cm. oder darüber lang. Der Nabel sitzt bei demselben in der Mitte des Körpers, so daß die Entfernung vom Nabel zum Scheitel und vom Nabel bis zur Ferse gleich viel beträgt. Die Kopfknochen sind fest, ihre Zwischenräume eng, die Knorpel der Nase und Ohren fühlen sich härtlich an. Bei Knaben finden sich die Hoden im Hodensack, bei Mädchen schließen die großen Schamlippen dicht an einander.

Die Oberfläche der Haut ist hell, unter der Haut befindet sich reichliches Fettpolster, die Gliedmaßen erscheinen gerundet, die Nägel sind fest und ragen an den Händen bis über die Fingerspitzen, das Wollhaar findet sich nur noch an den Schultern.

Ein solches Kind schreit laut, bewegt kräftig die Gliedmaßen, faßt mit Begierde die Brust und entleert bald nach der Geburt Urin, sowie aus dem After eine zähe, schwarzgrüne Masse, das Kindespech.

Ein vor der Reife frühzeitig geborenes Kind hat nicht die vorhin angegebene Länge und das angegebene Gewicht. Der Nabel sitzt bei demselben unterhalb der Mitte des Körpers, die Haut ist rot, mit Wollhaar bedeckt, die Nägel sind blaurot, biegsam und erreichen nicht die Spitzen der Finger, die Kopfknochen sind dünn, die Knorpel an Nase und Ohren weich. Ein solches Kind schreit nur schwach und winselnd, schläft viel, verlangt selten die Brust und vermag nicht kräftig zu saugen.

§. 59.

Die Gestalt des reifen Kindes und insbesondere der Kopf desselben muß der Hebamme genau bekannt sein.

vordere grüne Umschläge 8 [illegible]

Scheitelbeine, vorn die beiden Stirnbeine, unten an den Seiten die beiden Schläfenbeine.

Die Knochen sind beweglich mit einander verbunden. Zwischen je 2 Knochen liegen sehnigte Häute, welche man die Nähte nennt. Man unterscheidet zwischen den beiden Stirnbeinen die Stirnnaht, zwischen den beiden Scheitelbeinen die Pfeilnaht, zwischen Scheitelbeinen und Hinterhauptsbein die Hinterhauptsnaht, zwischen Scheitelbeinen und Stirnbeinen die Kranznaht, zwischen Scheitelbeinen und Schläfenbeinen die Schläfennaht.

Die Schädelknochen sind gewölbt; die hervorragendsten Stellen eines jeden Knochens nennt man Höcker; man unterscheidet also Scheitelhöcker, Stirnhöcker und Hinterhauptshöcker.

Wo mehr als 2 Schädelknochen mit einander zusammenstoßen, liegen die Fontanellen.

Die große Fontanelle, an welcher 4 Nähte: die Stirnnaht, Pfeilnaht und die beiden Teile der Kranznaht zusammentreffen, liegt zwischen Stirnbeinen und Scheitelbeinen, die kleine Fontanelle, an welcher 3 Nähte: die Pfeilnaht und die beiden Teile der Hinterhauptsnaht, zusammenstoßen, liegt zwischen Scheitelbeinen und Hinterhauptsbein. Außerdem liegen noch vorn und hinten beiderseits an den Schläfenbeinen 2 Fontanellen, die Seitenfontanellen.

§. 60.

Man unterscheidet am Kopf folgende Durchmesser:

1. der gerade Durchmesser, von der gewölbtesten Stelle der Stirn bis zum Hinterhauptshöcker, mißt 12 Centimeter.

2. der quere Durchmesser, von einem Scheitelbeinhöcker zum andern mißt 9 Centimeter.

3. der schräge Durchmesser, vom Kinn bis zum Hinterhauptshöcker, mißt $13^1/_2$ Centimeter.

Der Umfang des Schädels beträgt, mit dem Bandmaß gemessen, gegen 34 Centimeter, die Breite der Schultern 12 Centimeter, der Abstand der Hüften 11 Centimeter.

§. 61.

Die Lage der Frucht in der Gebärmutter ist in der früheren Zeit der Schwangerschaft wechselnd.

In den ersten Wochen hängt die Frucht an der Nabelschnur, wie in Fig. 14 dargestellt ist. Später, wenn die Nabelschnur länger geworden ist, gegen den dritten Monat der Schwangerschaft hin, ruht der Fruchtkörper auf dem Boden des Eisackes und vermag dort, da im Fruchtwasser noch viel Spielraum ist, beliebige Lagen anzunehmen.

Von der Mitte der Schwangerschaft an wird der Raum in der Gebärmutter enger und die Frucht krümmt sich mehr

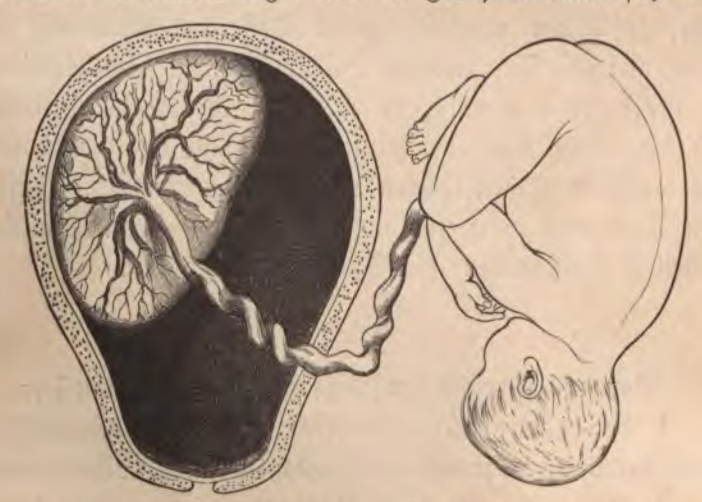


Fig. 17. Die Gestalt der Gebärmutter und die Haltung der Frucht am Ende der Schwangerschaft.

und mehr zusammen. Die Kniee werden an den Leib gezogen, die Arme über die Brust gekreuzt, das Kinn auf die Brust geneigt. Dabei ist der Rücken der Frucht vorgewölbt, Brust und Bauch eingezogen. Man nennt dies die zusammengebogene Haltung der Frucht.

In der vorstehenden Figur ist diese Haltung dargestellt. Betrachtet man daneben die Gestalt der hochschwangeren Gebärmutter, so sieht man, daß die Frucht am besten mit nach oben gerichtetem Steiß und nach unten gekehrtem Kopf in die Gebärmutterhöhle hineinpaßt. Der vorgewölbte Rücken der Frucht stellt sich dabei in der Regel nach vorn, weil dort die nachgiebige Bauchdecke liegt, während hinten sich die hervortretenden Lendenwirbel befinden.

Es ergiebt sich also, daß die Frucht zu Ende der Schwangerschaft meistens den Kopf nach unten und das Hinterhaupt nach vorn gerichtet hat. Nun kommt hinzu, daß der Muttergrund in der Regel etwas nach rechts geneigt ist. Infolge davon tritt dann das Hinterhaupt über die Mittellinie hinaus nach links. Diese Lage der Frucht, die kleine Fontanelle nach links und vorn, die große Fontanelle nach rechts und hinten, die Pfeilnaht im rechten schrägen Durchmesser des Beckeneingangs, die Füße der Frucht oben rechts hinten im Muttergrund, ist die häufigste Lage des Kindes; man nennt sie die erste Schädellage, erste Unterart.

2. Veränderungen des mütterlichen Körpers während der Schwangerschaft.

§. 62.

Durch den Eintritt von Schwangerschaft werden in dem mütterlichen Körper vielfache Veränderungen hervorgerufen.

Die wichtigsten betreffen die inneren Geschlechtsteile, insbesondere die Gebärmutter.

Sobald die Empfängnis stattgefunden hat, wird die Gebärmutter blutreich und aufgelockert. Auf ihrer inneren Fläche bildet sich dann bis zum inneren Muttermunde hinab die Siebhaut und in die Siebhaut bettet sich das Ei ein, in der Regel in der Nähe der Einmündung eines Eileiters. In dem Mutterhalskanal erfolgt die Absonderung von zähem, glasigen Schleim, welcher diesen Kanal pfropfartig verschließt (vergl. Fig. 13).

Auch die der Gebärmutter benachbarten Teile werden blutreicher. Die Schleimhaut der Scheide erhält eine blaurötliche Färbung und sondert reichlichen Schleim ab, die Schamlippen schwellen an und die großen Schamlippen färben sich dunkler.

§. 63.

Dabei verändert die Gebärmutter ihre Gestalt. Die frühere dreieckige Höhle der Gebärmutter rundet sich ab und wird, in der ersten Zeit besonders oben, geräumiger. Infolge von der Anfüllung ihrer Höhle richtet sich die Gebärmutter etwas auf, ihre vordere Wand streckt sich, die hintere Muttermundslippe tritt etwas tiefer hinab.

Beträchtliche Verdickung erfährt das Muskelfleisch der Gebärmutter. Es bilden sich in demselben viele neue Fleischfasern und diese werden durchzogen von zahlreichen Adern. Zugleich lockert sich der Bauchfellüberzug der Gebärmutter auf, so daß dem Wachstum der Gebärmutter kein Hindernis entgegengesetzt wird.

§. 64.

Je mehr die Gebärmutter sich oben ausdehnt, desto

Verdickung der Muskelwand in den ersten Monaten, Verdünnung in den ~~letzten~~ späteren Monaten.

[illegible]
bei Geschäftsanfängern ?

mehr wird unten der Scheidenteil auseinander gezogen und verkürzt.

Der Muttermund verliert dabei seine spaltförmige Gestalt und wird zu einem runden Grübchen.

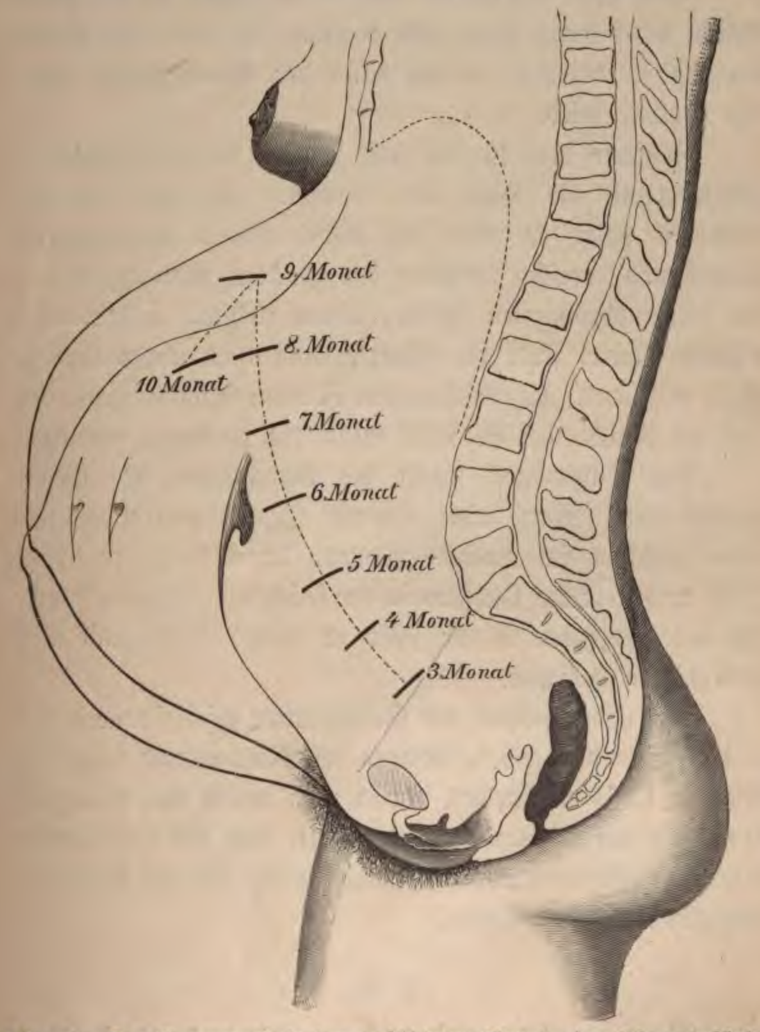


Fig. 18. Der Muttergrund in den verschiedenen Monaten der Schwangerschaft.

§. 65.

Im Anfange der Schwangerschaft sinkt die Gebärmutter, weil sie schwer geworden ist, etwas tiefer in das kleine Becken hinab.

Vom Ende des dritten Monats an findet sie im kleinen Becken nicht mehr Platz und beginnt sich über den Beckeneingang zu erheben, so daß dann der Muttergrund äußerlich fühlbar wird.

Zwischen dem fünften und sechsten Monat erreicht der Muttergrund die Höhe des Nabels. In den folgenden Monaten steigt er über den Nabel bis in die Herzgrube hinauf und erreicht zu Ende des neunten Monats, also in der sechsunddreißigsten Woche, seinen höchsten Stand. Im zehnten Monat sinkt der Muttergrund nach unten und zugleich nach vorn; die Gebärmutter ist dann so schwer geworden, daß die Bauchdecken sie nicht mehr gut zu stützen vermögen.

Der Scheidenteil macht die Bewegungen der Gebärmutter mit. Man findet ihn tief stehend und etwas nach vorn gerichtet im zweiten Monat, dann steigt er in die Höhe und steht am höchsten in der sechsunddreißigsten Woche. In der vierzigsten Woche steht er wieder tiefer und mehr nach hinten gerichtet.

Das Emporsteigen der Gebärmutter geschieht meist nicht in der Mitte des Leibes, sondern der Muttergrund neigt sich, wie im §. 61 angegeben, etwas nach rechts und gleichzeitig dreht sich der Mutterkörper dergestalt, daß die linke Seitenkante der Gebärmutter ein wenig näher an die Bauchdecke hinantritt als die rechte.

§. 66.

Wenn die Gebärmutter sich vergrößert, so übt sie Druck

[redacted]

aus auf die ihr benachbarten Teile. So lange sie im kleinen Becken steht, erfährt nach vorn die Harnröhre und nach hinten der Mastdarm von derselben Druck und die Folge davon ist Erschwerung der Urin- und Stuhlentleerung. Später drängt sie bei ihrem Emporsteigen den Dünndarm in die Höhe und drückt, wenn sie ihren höchsten Stand erreicht hat, oben gegen Magen, Leber und Zwerchfell. Dadurch wird den Hochschwangern das tiefe Atmen erschwert.

Nach vorne wird die Bauchdecke bedeutend gedehnt. Der Nabel, welcher anfangs eingezogen war, flacht sich ab und wird gegen Ende der Schwangerschaft blasenartig vorgetrieben. Unterhalb des Nabels reißt die Haut an vielfachen kleinen Rißstellen ein. Man nennt diese rot oder bläulich gefärbten Stellen Schwangerschaftsstreifen.

Indem in dieser Zeit die Gebärmutter sich mehr vornübersenkt, drängt sie unten die Harnblase stärker gegen die Schamfuge. Die Folge davon ist, daß die Harnblase nicht so viel Urin zu fassen vermag und öfterer Harndrang auftritt.

Sobald die Bauchhöhle durch die Gebärmutter stärker ausgefüllt ist, erfahren auch die großen Adern Druck, welche in den Wänden von der Bauchhöhle liegen. Es sind das namentlich die an den Lendenwirbeln liegenden Adern, welche das Blut von den unteren Körperteilen zum Herzen zurückführen. Dadurch wird bewirkt, daß die Füße anschwellen und daß die Blutadern an den Beinen auftreiben, eine bei Schwangeren häufige Erscheinung.

§. 67.

Zur selben Zeit, in welcher die Geschlechtsteile anschwellen, werden auch die weiblichen Brüste blutreicher.

Dieselben werden voller und schon zu Anfang der Schwangerschaft empfindet die Schwangere leichte Stiche in denselben; der Warzenhof färbt sich dunkler, die Warze tritt mehr vor. Mit Anfang des siebenten Monats pflegt etwas Flüssigkeit auszusickern.

§. 68.

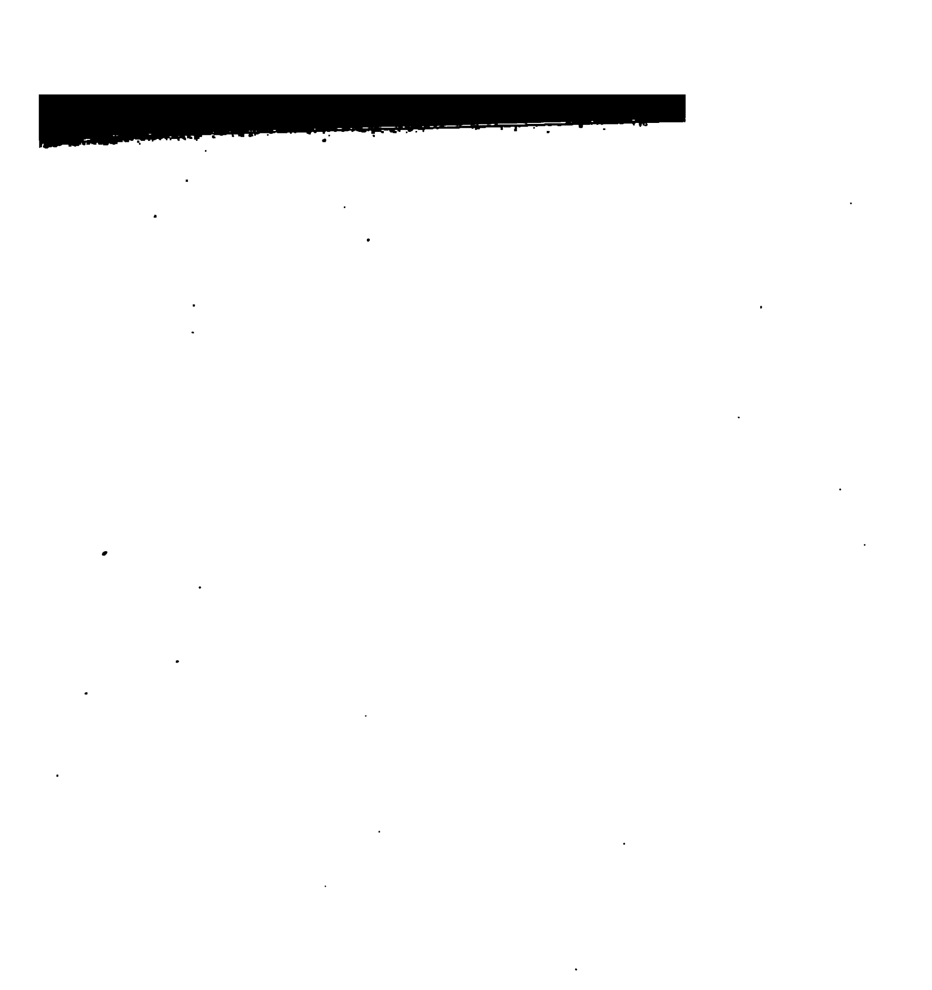
Gleichwie am Warzenhof, so pflegt auch noch an anderen Stellen bei Schwangeren die Haut sich dunkler zu färben. Es geschieht das besonders an der Stirn und im Gesicht, sowie in einem vom Nabel bis zur Schamfuge hinablaufenden braunen Streifen.

§. 69.

Es ist begreiflich, daß die vielfachen Veränderungen, welche der Körper während der Schwangerschaft erfährt, auch auf das allgemeine Befinden der Schwangeren einwirken. Einige Schwangere geben an, daß sie bald an der Veränderung ihres allgemeinen Befindens den Eintritt der Schwangerschaft merken. Andere nehmen nur einige besondere Erscheinungen wahr, noch andere fühlen dasselbe Wohlbefinden wie vorher.

Eine häufige Klage von Schwangeren ist das morgendliche Erbrechen. Dasselbe tritt auf in den ersten Monaten der Schwangerschaft und kommt vorzugsweise des Morgens vor, wenn die Schwangere aufgestanden ist und durch die aufrechte Stellung den Kopf in die Höhe gebracht hat. Bei Anderen kommt es weniger zum Erbrechen als zu lästiger Speichelabsonderung im Munde.

Bisweilen ändert sich auch der Appetit und richtet sich auf Dinge, welche von der Schwangern früher nicht gern genossen wurden.



Störungen der Blutverteilung und daraus erwachsende Unbequemlichkeiten sind ebenfalls nicht selten. Kopfschmerzen, Schwindel, Gefühl von Beklemmung kommen öfters zur Beobachtung.

Alle diese Erscheinungen sind aber sehr verschieden und es ist auf ihr Auftreten der frühere Gesundheitszustand und die Gemütsstimmung der Schwangern sehr von Einfluß. Es giebt Frauen, welche gar nicht davon betroffen werden und wieder andere, welche dieselben bei jeder Schwangerschaft in lästigster Weise empfinden.

3. Von der geburtshülflichen Untersuchung.

§. 70.

Die geburtshülfliche Untersuchung ist der wichtigste Teil der Hebammenkunst. Nur durch stete Uebung kann die Hebamme darin die nötige Fertigkeit erreichen. Geschieht die Untersuchung mit Vorsicht und Genauigkeit, so kann dadurch viel Segen gestiftet werden; geschieht sie unvorsichtig und ohne Beobachtung der strengsten Reinlichkeit, so kann schweres Unheil die Folge sein. Die Untersuchung wird eingeteilt in eine äußere und eine innere. Für ihre Vornahme beachte die Hebamme streng die folgenden Vorschriften.

§. 71.

1. Die Hebamme untersuche niemals anders als mit völlig entblößten Armen und aufs Sauberste gereinigten Händen.

2. Die Hebamme wasche unmittelbar vor jeder äußeren Untersuchung ihre Hände gründlich mit reinem,

wenn möglich durchgekochtem Wasser und Seife und reinige die Nägel mit einer Nagelbürste.

3. Die Hebamme wasche vor jeder inneren Untersuchung die äußeren Geschlechtsteile der zu Untersuchenden mit reinem womöglich durchgekochtem Wasser. Ist das geschehen, so reinige sie ihre eigenen Hände mit Wasser und Seife und sodann mit 3procentigem Karbolwasser. **Niemals nehme die Hebamme eine innerliche Untersuchung vor, ohne unmittelbar vorher ihre Hände und Arme gründlich mit 3procentigem Karbolwasser gewaschen zu haben!**

4. Die Hebamme untersuche stets mit warmen Händen. Die Fingernägel seien kurz beschnitten, die Oberfläche der Hände frei von Verletzungen und von Wunden. Die Hebamme lerne mit der linken Hand untersuchen wie mit der rechten.

5. Die Hebamme schone die Schamhaftigkeit der zu Untersuchenden, soweit das irgend möglich ist. Sie entblöße keinen Teil des Körpers unnötig und untersuche nie bei Anwesenheit überflüssiger Zeugen.

6. Die Hebamme untersuche öfters und aufs Genauste äußerlich, aber nur sehr selten innerlich. Muß die innerliche Untersuchung geschehen, so kürze sie dieselbe, so viel nur möglich, ab.

7. Die Hebamme untersuche jedes Mal in einer ganz bestimmten Reihenfolge. Nur dann bekommt sie ein deutliches Bild von dem, was bei der Untersuchung zu finden ist.

§. 72.

Die äußere Untersuchung wird in der Rückenlage der Schwangeren vorgenommen. Die Schwangere liege dabei

mit 3 Zeigern Seitenkreisel.

wagerecht, flach, das Kreuz durch ein festes Polster oder Matratze gestützt.

Die Hebamme beginnt mit der Untersuchung

1. der Brüste. Sie beachte dabei die Form und die Größe der Brüste, die Anfüllung der Milchkanäle, die Gestalt und Größe der Warze.

2. Die Größe und Gestalt des Leibes. Die Hebamme mache diese Untersuchung, wenn möglich ohne den Leib zu entblößen, über dem glatt aufliegenden Hemd, setze sich auf oder neben das Lager der zu Untersuchenden, mit dem Gesicht nach dem Kopf derselben gewandt. Sie lege die beiden Hände flach auf den Leib und führe dieselben hinüber über die Wölbung des Leibes, indem sie dabei die Gestalt des Leibes ermittelt.

3. Sie ermittele, wo im Leib die Gebärmutter steht. Der Muttergrund fühlt sich als harte Kugel an und läßt sich, wenn er hoch genug steht, von den weichen Därmen, welche ihn umgeben, leicht unterscheiden. Die Hebamme messe dann an Fingerbreiten ab, wie hoch der Muttergrund über die Schamfuge oder über den Nabel hinaufragt.

Sie verfolge dann vom Muttergrund aus die beiden Seitenkanten der Gebärmutter nach abwärts und ermittele so mit den herabgleitenden Händen die Gestalt und Breite des Gebärmutterkörpers.

4. Sie prüfe durch sanften Druck gegen die Gebärmutter die Dicke und Spannung ihrer Wandungen.

5. Sie suche durch die fortgesetzte Betastung ein Urteil zu gewinnen über die ungefähre Menge des Fruchtwassers. Bei vielem Fruchtwasser wird sie die Gebärmutter groß, ihre Gestalt kugelig, ihre Wände gespannt, die Kindesteile schwer durchfühlbar finden. Bei wenigem Fruchtwasser ist

die Gebärmutter schmal und die Kindesteile sind eng an der Gebärmutter fühlbar.

6. Sie ermittele, in welcher Richtung der kindliche Rumpf liegt. Zu diesem Behufe drücke sie die Gebärmutter in verschiedenen Richtungen mit den einander gegenüber angelegten Händen zusammen. In dem Durchmesser der Gebärmutter, welcher sich am wenigsten zusammendrücken läßt, liegt der Rumpf der Frucht in seiner Längenausdehnung.

7. Sie suche nach, ob sie im Muttergrunde den weichen runden Steiß und sodann den an diesen sich anschließenden Rücken fühlen kann, sie fühle dann, an welcher Stelle der Gebärmutter die kleinen Teile des Kindes, die Füße und Hände zu finden sind. Dort wo sie diese kleinen eckigen verschiebbaren Teile fühlt, liegt die Brust und der Bauch des Kindes, an der entgegengesetzten Seite der gewölbte Rücken.

8. Sie suche zu ermitteln, ob sie den im Beckeneingang vorliegenden Teil, also in der Regel den Kopf, äußerlich fühlen kann. Zu diesem Zwecke wendet sie sich mit dem Rücken gegen das Gesicht der untersuchten Schwangeren und drückt nun mit den Fingerspitzen der rechten und der linken Hand über den queren Schambeinästen die Bauchdecken gegen den Beckeneingang. In der Regel wird es dabei gelingen, den beweglich stehenden Kindskopf mit der einen Hand der anderen entgegenzudrücken. Fühlt die Hebamme den Kindeskopf unten nicht, so hat sie ihn in gleicher Weise mit den beiden Händen oben im Muttergrund aufzusuchen.

9. Sie horche nach dem Herzschlag des Kindes. Derselbe wird dort, wo der Rücken liegt und zwar in der Nähe des Kopfes, zu hören sein.


zu unterschreiben

10. Die Untersuchung des Beckens. Die Hebamme lege die Hände rechts und links auf die vorderen Darmbeinstachel, prüfe den ungefähren Abstand derselben, führe dann die Hände auf den Darmbeinkämmen nach hinten und beachte, ob dieselben richtig ausgewölbt sind. Sodann führe sie die eine Hand hinten in die Kreuzgrube und lege gleichzeitig die andere Hand vorn auf den obern Rand der Schamfuge. Nach dem Abstand der beiden Hände wird sie sich eine ungefähre Vorstellung über die Weite des Beckens in der Richtung von vorn nach hinten verschaffen können. Damit ist die äußerliche Untersuchung beendet.

§. 73.

Vor der inneren Untersuchung hat die Hebamme nunmehr, wie oben angegeben, die Geschlechtsteile der Untersuchten zu reinigen und sodann ihre Hände mit 3procentigem Karbolwasser gründlich zu waschen. Es ist das dringend notwendig, um Ansteckung zu verhüten.

Die innere Untersuchung wird ebenfalls in Rückenlage der Schwangern vorgenommen, doch ist hier noch mehr darauf zu achten, daß diese hoch mit dem Kreuz liegt. Die Beine hat die Schwangere dabei etwas anzuziehen und die Kniee zu spreizen.

Die Hebamme untersucht entweder mit der noch von Karbolwasser nassen Hand oder sie taucht, nachdem sie die Hände an einem reinen Handtuch abgetrocknet hat, den Zeigefinger der zur Untersuchung bestimmten Hand in Vaselin. Sie setzt sich dann auf oder neben das Lager der zu Untersuchenden, zieht mit der einen Hand sanft die Schamlippen aus einander und führt den Zeigefinger der andern Hand in die Geschlechtsteile.

§. 74.

Hat die Hebamme diese Punkte erkundet, so führt sie den Zeigefinger ebenso behutsam, als wie sie denselben eingeführt hatte, wieder aus der Scheide heraus.

Nur sehr selten und bei sehr hoch stehendem Scheidengewölbe wird es nötig, zu dem Zeigefinger noch den Mittelfinger für die innere Untersuchung zur Hülfe zu nehmen. Man vermeidet das gern, um der Schwangern nicht Schmerz zu machen.

Wenn die Hebamme die Schwangere zweckmäßig gelagert hatte und den Finger in der erforderlichen Richtung in die Höhe führt, wird sie bei der inneren Untersuchung kaum jemals Schmerz machen können. Sobald die Schwangere Schmerz äußert, hat die Hebamme mit der Hinaufführung des Fingers inne zu halten oder die Richtung desselben zu ändern.

Sehr erleichtern kann sich die Hebamme die Untersuchung, wenn sie mit der andern, äußerlich aufgelegten Hand sich die Teile in geschickter Weise entgegendrückt. Auch fördert es sehr die Zugängigkeit der Teile, wenn Mastdarm und Harnblase vor der Untersuchung entleert werden.

4. Von den Zeichen und der Zeitrechnung der Schwangerschaft.

§. 75.

Die Kennzeichen, welche das Vorhandensein von Schwangerschaft beweisen, teilt man ein in sichere, wahrscheinliche und unsichere.

Sichere Kennzeichen giebt es drei und diese sämtlich erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. Es sind:

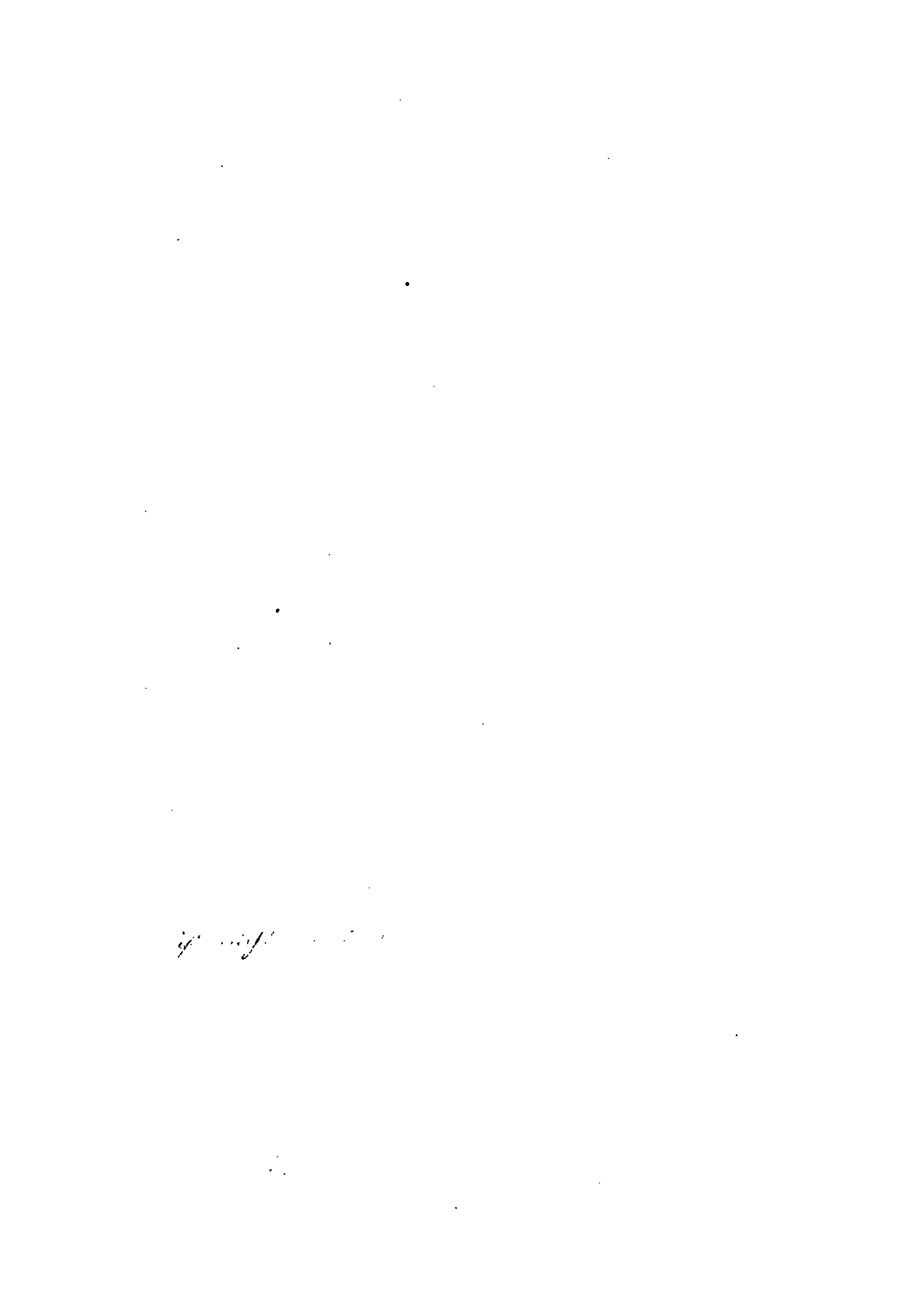
1. die **deutlich wahrgenommenen Herztöne des Kindes**,
2. die deutlich wahrgenommenen **Bewegungen kindlicher Teile**,
3. die deutlich bei innerer oder äußerer Untersuchung **gefühlten Teile des kindlichen Körpers**.

§. 76.

Die **Herztöne** des Kindes werden um die Mitte der Schwangerschaft zuerst wahrnehmbar. Zu ihrer Auffindung bedarf es Anfangs großer Aufmerksamkeit, wenn man sie aber oft behorcht hat, so macht ihre Wahrnehmung keine Schwierigkeit mehr. Die Hebamme muß eben in diesem wie in andern Teilen der Untersuchung sich durch fortwährendes Einüben Geschicklichkeit zu erwerben und zu erhalten wissen.

Man hört die Herztöne an der Rückenfläche des Kindes deshalb am besten, weil diese vorgewölbt zu sein pflegt, während die Brustgegend des Kindes durch die darüber gekreuzten Arme gedeckt ist. Liegt der Rücken des Kindes nicht unmittelbar der vorderen Gebärmutterwand an, so kann man sich das Behorchen des Herzschlags sehr erleichtern, wenn man sich mit der Hand den Rumpf des Kindes nach vorn hervordrängt.

Der Herzschlag hört sich doppelschlägig an, wie das Ticken einer Uhr, und macht in der Minute gegen 144 Schläge, also einmal soviel als bei einem Erwachsenen. Hieran wird die Hebamme den Herzschlag des Kindes von andern am Leibe einer Schwangern hörbaren Nebenlauten und Nebengeräuschen leicht unterscheiden. Der Pulsschlag der Mutter, wie man



ihn bisweilen am Leibe der Schwangeren hört, ist langsamer und nur einschlägig; wenn die Hebamme bei dem Behorchen des kindlichen Herzschlags gleichzeitig der Mutter den Puls fühlt, so wird sie den Unterschied der mütterlichen und kindlichen Pulsschläge deutlich herausfinden.

Ein Geräusch, welches daneben an dem Leibe von Schwangern in der Regel wahrgenommen werden kann, ist das sogenannte Gefäßgeräusch. Es ist das ein sausendes oder hauchendes Geräusch, welches absatzweise in derselben Häufigkeit wie der mütterliche Puls zu hören ist. Man hört es am besten unten in der Nähe des Gebärmutterhalses, wo die großen Schlagadern der Gebärmutter liegen; wenn der Herzschlag des Kindes nun auch unten zu hören ist, so kann die Deutlichkeit desselben freilich dadurch etwas gestört werden. Außer dem Gefäßgeräusch ist mit dem aufgelegten Ohr auch noch das Poltern und Kollern der in den Gedärmen sich bewegenden Luft wahrzunehmen.

Eine geübte Hebamme wird durch diese Nebengeräusche in der Beobachtung des kindlichen Herzschlags wenig gestört werden. Ein sorgfältiges Behorchen des Herzschlags ist aber deshalb so wichtig, weil dieser uns nicht nur über das Bestehen von Schwangerschaft, sondern auch über das Befinden des Kindes den besten Aufschluß giebt.

§. 77.

Die Bewegungen kindlicher Teil werden dort am besten wahrgenommen, wo die Füße liegen, also in der Regel oben in der Gebärmutter. Ein sicheres Schwangerschaftszeichen sind diese Bewegungen nur dann, wenn sie von dem Arzt oder der Hebamme beobachtet sind, dagegen darf man sich auf die Angaben der untersuchten Frau selbst hierüber nicht zu fest verlassen.

Die Bewegungen des Kindes fühlen sich für die flach aufgelegte Hand stoßend, schlagend, zuckend an. Mit den Bewegungen der Gedärme, welche die aufgelegte Hand ebenfalls wahrnimmt, sind sie für den geübten Beobachter nicht leicht zu verwechseln.

Gleich wie der Herzschlag, so sind auch die Bewegungen des Kindes erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft wahrnehmbar.

Oft vergeht eine längere Zeit, bis von dem Kinde eine Bewegung ausgeführt wird. Bisweilen gelingt es dann durch Hin- und Herschieben des kindlichen Körpers eine Bewegung desselben zu veranlassen.

§. 78.

Die deutlich gefühlten Teile des kindlichen Körpers erkennt die Hebamme meist erst im sechsten bis siebenten Monat der Schwangerschaft.

Der Kindesteil, welcher sich am leichtesten herausfinden läßt, ist der Kopf. Man fühlt ihn innerlich bei Erstgebärenden vom siebenten Monat an über dem Scheidengewölbe wie eine im Wasser schwimmende Kugel, die auf die Fingerspitze zurückkehrt, wenn man sie in die Höhe gestoßen hat. Auch äußerlich gelingt es oft schon mehrere Monate vor der Entbindung den Kopf oberhalb der Schamfuge in der früher besprochenen Weise zu fühlen.

Etwas später gelingt es außer dem Kopf auch die kleinen Teile des Kindes, die Gliedmaßen, äußerlich mit den aufgelegten Händen herauszufühlen.

§. 79.

Nur wenn die Hebamme eines der 3 besprochenen

Zeichen deutlich erkannt hat, darf sie mit Sicherheit das Vorhandensein von Schwangerschaft annehmen. Da diese Zeichen aber erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft hervortreten, so folgt hieraus, daß einer Hebamme niemals zugemutet werden darf, sich in der ersten Hälfte der Schwangerschaft mit Sicherheit darüber auszusprechen, ob Schwangerschaft vorhanden sei oder nicht.

§. 80.

Zu wahrscheinlichen Zeichen der Schwangerschaft gehört das Auftreten von Milch in den Brüsten.

Ein sicheres Zeichen ist es deshalb nicht, weil es gelegentlich auch bei Erkrankungen der inneren Geschlechtsteile, selbst auch in geringem Grade in seltenen Fällen beim Eintritt der monatlichen Periode gefunden wird.

Das Gleiche gilt von der Vergrößerung der Gebärmutter. Wird diese von der Hebamme in der Art und Weise beobachtet, wie es beim Wachstum der schwangeren Gebärmutter zu geschehen pflegt, so ist zwar das Bestehen von Schwangerschaft wahrscheinlich aber noch keineswegs sicher. Auch krankhafte Zustände können Vergrößerung der Gebärmutter nach sich ziehen.

Das Aufhören der Periode kann dann als wahrscheinliches Zeichen von Schwangerschaft gelten, wenn die betreffende Frau früher ganz regelmäßig die Periode gehabt hatte, noch in zeugungsfähigem Alter steht und wenn ihre Angaben als durchaus glaubwürdig gelten können. Hat dagegen früher schon Unregelmäßigkeit der Periode bestanden, so ist in einem derartigen Fall auf das Ausbleiben der Periode Nichts zu geben.

§. 81.

Unsichere Zeichen des Bestehens von Schwangerschaft sind die verschiedenartigen Störungen im Befinden der Frau, von denen im §. 69 die Rede war. Die Frauen glauben öfters sich darauf verlassen zu können, die Hebamme dagegen sei vorsichtig in der Deutung derselben und verweise, wie in allen zweifelhaften Fällen, so auch hier die Frau an einen Arzt.

§. 82.

Zur Bestimmung der Zeitdauer der Schwangerschaft benutzt die Hebamme sowohl das, was sie bei der Frau durch Erkundigungen erfahren hat, als auch das, was sich bei der Untersuchung ergiebt.

Falls eine ganz bestimmte Angabe darüber gemacht wird, wann zum letzten Mal die Periode eingetreten ist, so rechnet die Hebamme von diesem Zeitpunkt an 280 Tage oder neun Kalendermonate und sechs Tage bis zur Niederkunft. Will sie sich diese Rechnung der Monate vereinfachen, so rechnet sie, anstatt neun Monate vorwärts, drei Monate zurück und legt sechs Tage zu. Der so gefundene Tag ist die ungefähre Zeit der zu erwartenden Niederkunft.

Eine andere, viel weniger genaue Berechnungsweise ist die vom ersten Fühlbarwerden der Kindsbewegungen. Weiß die Schwangere den Tag derselben genau anzugeben, so rechnet man von demselben an 4½ Kalendermonate bis zur Niederkunft. Endlich kann auch die Hebamme etwas die Angaben benutzen, welche die Schwangere über eine von ihr bemerkte Senkung des Leibes macht. Diese pflegt in der sechsunddreißigsten bis siebenunddreißigsten Woche einzutreten.

Stimmen die Angaben der Schwangeren mit dem überein,

was die Hebamme bei der Untersuchung findet, so gewinnt die Berechnung der Schwangerschaft sehr an Sicherheit. Paßt aber das Eine nicht zum Andern, so verlasse die Hebamme sich mehr auf das, was sie bei der Untersuchung findet, als auf das, was die Schwangere angiebt.

Vor Allem wird die Hebamme nach dem Stand des Muttergrundes, nach der Größe der Gebärmutter, der Verkürzung des Scheidenteils, nach dem Verhalten der Brüste u. s. w. die Zeit der Schwangerschaft bestimmen müssen, wie Solches oben in §. 63—68 angegeben worden ist.

5. Von der Unterscheidung der ersten und der wiederholten Schwangerschaft.

§. 83.

Bei Erstgeschwängerten findet die Hebamme die Bauchhaut straff gespannt und gegen Ende der Schwangerschaft in derselben unterhalb des Nabels frische Einrisse, bläulich oder rot gefärbte Schwangerschaftsstreifen. Bei Mehrgeschwängerten ist die Bauchhaut schlaff und die Schwangerschaftsstreifen zeigen eine weißglänzende narbige Beschaffenheit. Auch die Gebärmutterwandungen fühlen sich in der Regel bei Erstgebärenden dicker und straffer an, als bei Mehrgeschwängerten.

Bei der inneren Untersuchung findet die Hebamme bei Mehrgeschwängerten die Schamspalte weiter klaffend, die kleinen Schamlippen weniger von den großen gedeckt, das Schamlippenbändchen fehlend, die Scheide weiter, glatter, den Scheidenteil länger, weicher und breiter als bei Erstgebärenden. Der äußere Muttermund ist nicht ein enges

geschlossenes Grübchen wie bei Erstgebärenden, sondern klafft etwas und läßt den Finger in den Mutterhalskanal, in dem zehnten Monat sogar durch den ganzen Mutterhalskanal bis auf die Eihäute dringen. Die Ränder des äußeren Muttermundes fühlen sich bei Mehrgeschwängerten uneben an und zeigen an verschiedenen Stellen die Spuren von früher erlittenen Einrissen. Bei Erstgebärenden bilden die Ränder des enggeschlossenen Muttermundes einen glatten Saum.

Auch an den Brüsten sind in der Regel die Zeichen einer schon früher durchgemachten Schwangerschaft wahrzunehmen. Die Haut derselben ist schlaffer und zeigt, gleich wie die Haut des Bauches, die Spuren früherer Einrisse, die Warze und Warzenhof sind dunkler, die Warze stärker hervorragend. Es treten diese Zeichen besonders bei denen hervor, welche in dem früheren Wochenbett das Kind an der Brust gestillt haben.

Wenn schon lange Zeit seit der früheren Geburt verstrichen ist, so kann es recht schwer werden, zu erkennen, daß man eine Mehrgeschwängerte vor sich hat. Es sind dann nämlich die Spuren, welche das Wachstum und die Geburt des Kindes hinterläßt, mehr und mehr verwischt. Liegen dagegen nur wenige Jahre dazwischen, so wird die Hebamme leicht das Richtige herausfinden können.

6. Von den Verhaltungsmaßregeln für Schwangere.

§. 84.

Die Schwangerschaft ist zwar kein krankhafter Zustand, welcher alsdann ärztliche Hülfe erfordern würde, aber der

Rat einer verständigen Hebamme kann in vielen Dingen der Schwangeren sehr nützlich werden, und es ist sehr zu wünschen, daß schon vor der Niederkunft sich die Schwangere mit der Hebamme bekannt mache und von ihr Rat einhole.

Die Hebamme hat sich in solchen Fällen zunächst nach der bisherigen Lebensweise der Schwangeren zu erkundigen, sodann dieselbe zu untersuchen und nun ihr Anweisung zu geben, wie sie ihre Lebensweise regeln soll.

§. 85.

Reine frische Luft ist zur Gesundheit für jeden Menschen erforderlich. Für eine Schwangere ist sie ganz besonders nötig, weil ohnehin bei ihr das Atmen öfters erschwert ist. Die Hebamme wende daher diesem Umstande ihre besondere Aufmerksamkeit zu.

Die Nahrung darf bei Schwangeren im Allgemeinen dieselbe sein, wie solches die Frau früher gewohnt war. Schwer verdauliche, blähende Speisen sind indeß zu vermeiden, auch empfiehlt es sich, daß die Schwangere öfters den Tag über etwas genießt, damit nicht der Magen auf einmal zu sehr überladen wird. Bei quälendem Erbrechen des Magens rate die Hebamme, daß die Schwangere das erste Frühstück im Bett in liegender Stellung zu sich nimmt. Des Abends soll die Schwangere nur wenig genießen, damit nicht bei der ohnehin trägen Verdauung der Schlaf gestört wird.

Jegliches Uebermaß im Essen, wie im Trinken ist zu vermeiden. Geistige Getränke und auch starker Kaffe und Thee dürfen nur so viel genossen werden, daß keine Erhitzung eintritt und der Blutlauf nicht gestört wird. Für täglichen Stuhlgang sorge die Schwangere durch Genuß von Obst und

durch geeignete Auswahl ihrer Nahrungsmittel. Reicht das nicht aus, so ist ein Klystier das beste Mittel. Auf regelmäßige Harnentleerung achte die Schwangere besonders in den ersten Monaten der Schwangerschaft. Abführmittel, wie alle sonstige Arzenei verordne nur der Arzt.

Die Kleidung der Schwangeren sei hinreichend warm, ohne zu drücken. Die Brüste seien so lose bedeckt, daß die Brustdrüse und Warze ungehindert vortreten können. Ein fest anliegendes Corset darf von der Schwangern nicht getragen werden. Die Röcke sind niemals fest um die Taille zu knüpfen, weil dadurch das Emporwachsen der Gebärmutter gehindert wird. Besteht vornüberhängender Leib, wie bei Mehrgebärenden häufig, so sind die Röcke an Achselbändern zu tragen und der Leib durch eine Binde zu stützen. Die Strumpfbänder sind lose zu binden, da dieselben, wenn sie einschnüren, sehr leicht zur Entstehung von Adergeschwülsten an den Beinen Anlaß geben.

Strenge Reinlichkeit hat die Schwangere fortwährend zu beobachten. Lauwarme Vollbäder darf eine sonst gesunde Schwangere unbedenklich nehmen, Sitz- und Fußbäder sind dagegen zu widerraten. Die Brustwarzen sind von der Mitte der Schwangerschaft an täglich mit kühlem Wasser zu waschen, sind dieselben sehr zart, so kann ein Zusatz von Rum oder Franzbranntwein dazu genommen werden. Die äußeren Geschlechtsteile sind täglich zu waschen; unterbleibt das, so bringt die Beschmutzung mit dem reichlich abgesonderten Schleim und die Eintrocknung desselben in den Schamhaaren üble Folgen.

Bewegung in frischer Luft ist für die Gesundheit der Schwangern förderlich, anstrengende Bewegung indeß und solche, welche mit starker Erschütterung des Körpers ver-

bunden sind, schwere Feldarbeiten, Fahren auf holprigen Wegen, Tanzen sind zu vermeiden. In diesen Dingen sei die Schwangere namentlich in den ersten drei Monaten, so lange die Gebärmutter noch im kleinen Becken steht, und dann wieder zu Ende von der Schwangerschaft vorsichtig. Beischlaf ist, falls derselbe in schonender Weise ausgeübt wird, bei gesunden Schwangern nicht schädlich.

Auf den guten Mut der Schwangern und ihre Stimmung kann die Hebamme durch freundliches Zureden viel einwirken. Niemals lasse die Hebamme es sich beifallen, die Schwangere durch Erzählungen von schweren Geburten und von kranken Wöchnerinnen in Sorge zu setzen. Fürchtet die Schwangere, wie leider noch öfters vorkommt, durch Versehen dem Kinde zu schaden, so rede ihr die Hebamme das aus. Es ist das ein thörichter Aberglaube, in den eine verständige Hebamme, welche das Wachstum des Eies kennt, niemals einstimmen darf. Fehlerhafte Bildungen des Kindes kommen lediglich durch unregelmäßiges Wachstum der Keimanlagen in den ersten Wochen der Schwangerschaft zu stande. Wenn die Schwangere über krankhafte Erscheinungen klagt, verweise die Hebamme dieselbe stets an einen Arzt.

Zweiter Abschnitt.

Von der Geburt, ihrem regelmäßigen Verlauf und dem Verhalten der Hebamme dabei.

§. 86.

Geburt ist der Vorgang, durch welchen die Frucht und die Nachgeburt von der Mutter ausgeschieden wird. Erfolgt das allein durch die Naturkräfte, so nennt man es eine natürliche Geburt; wurde zu ihrer Beendigung Kunsthilfe nötig, so nennt man es künstliche Entbindung.

Je nach dem Ausgang teilt man die Geburten ein in glückliche und unglückliche; je nach der Zahl der Kinder in einfache und mehrfache. Erfolgt die Geburt zu Ende der vierzigsten Woche, so nennt man sie eine rechtzeitige Geburt.

Geburten, welche in den ersten 28 Wochen erfolgen, heißen unzeitige, solche, welche zwischen der neunundzwanzigsten bis neununddreißigsten Woche eintreten, frühzeitige. Erfolgte die Geburt, wie sehr selten vorkommt, nach der vierzigsten Woche, so nennt man sie Spätgeburt.

1. Von den austreibenden Kräften.

§. 87.

Dem Hervortreten der Frucht wird von den im Beckenkanal eingeschlossenen Weichteilen Widerstand entgegengesetzt. Dieser Widerstand wird durch die austreibenden Kräfte überwunden, welche durch von oben her stattfindenden Druck die

Weichteile eröffnen. Austreibende Kräfte giebt es zwei: die Zusammenziehungen der Gebärmutter oder die Wehen und die Bauchpresse. Außerdem wirken, freilich nur in geringem Grade, Zusammenziehungen der Scheide mit.

§. 88.

Die Zusammenziehungen der Gebärmutter oder Wehen sind unwillkürliche Zusammenziehungen. Bei Kreißenden, welche betäubt daliegen, bei Solchen, die an den Gliedmaßen gelähmt sind, bei Bewußtlosen erfolgen die Wehen ebenso wie bei Gesunden, und die Schwangere vermag die Thätigkeit der Wehen weder hervorzurufen noch zu unterdrücken.

Diese Zusammenziehungen treten absatzweise auf. Im Anfange sind sie nur kurz, dagegen die Wehenpausen lang. Schreitet die Geburt weiter vor, so werden die Wehen länger und die Pausen kürzer. Jede Zusammenziehung fängt allmählich an, hält dann eine Weile an und nimmt wieder allmählich ab.

Die Gebärmutter wird bei jeder Zusammenziehung hart und auf der Höhe der Wehe fühlt sich die ganze Gebärmutter gleichmäßig straff gespannt an.

Weil die Zusammenziehungen der Gebärmutter mit Schmerzen verbunden sind, hat man sie Wehen genannt. Der Schmerz rührt anfänglich her von der Eröffnung des Muttermundes, in dessen Wänden sich viele Nerven befinden, später von der Dehnung der Scheide und des Dammes. Die Kreißende giebt in der Regel an, daß sie diesen Schmerz hauptsächlich in dem Kreuz empfindet. Bei jeder Wehe wird der Inhalt, welcher sich in der Gebärmutter befindet, zusammengepreßt. Die Kraft, welche die Muskeln der Gebär=

mutterwände dabei entfalten, ist eine sehr beträchtliche und selbst sehr enge Weichteile vermögen dem Druck von oben nicht zu widerstehen.

Daß die Wehen regelmäßig sind, erkennt die Hebamme an folgenden Kennzeichen:

1. daß die Gebärmutter sich bei der Wehe für die aufgelegte Hand gleichmäßig hart anfühlt,

2. daß diese Erhärtung in gleichmäßigen Zwischenpausen wiederkehrt,

3. daß die Kraft und Häufigkeit der Wehen zunimmt, je mehr die Geburt vorschreitet,

4. daß die Zusammenziehung von Wirkung auf den Fortgang der Geburt ist,

5. daß der Schmerz gleichen Schritt mit der Stärke der Zusammenziehung hält.

§. 89.

Je nach der Geburtszeit, in welcher die Wehen auftreten, unterscheidet man:

1. vorhersagende Wehen, leichte Zusammenziehungen, welche in der letzten Zeit der Schwangerschaft auftreten,

2. eröffnende Wehen, welche bei Eintritt der Geburtsthätigkeit die Eröffnung des Mutterhalses und Muttermundes vorbereiten,

3. Treibwehen, welche das Kind durch den eröffneten Muttermund bis in die Schamspalte hinabtreiben,

4. Schüttelwehen, welche den Kindeskörper durch die Schamspalte treiben,

5. Nachgeburtswehen, durch welche die Nachgeburt ausgestoßen wird,

6. Nachwehen, Zusammenziehungen der Gebärmutter in der ersten Zeit nach vollendeter Geburt.

§. 90.

Durch die Bauchpresse werden die Wehen in wirksamer Weise unterstützt. Man bezeichnet damit das Abwärtsdrängen und Pressen, welches an der Kreißenden, ähnlich wie bei einer Stuhlentleerung, wahrgenommen wird.

Die Kreißende atmet zunächst tief ein und drängt damit das Zwerchfell nach unten, sodann spannt sie die Muskeln der Bauchdecken kräftig an und so wird die Gebärmutter und ihr Inhalt nach unten und hinten, gegen den Beckeneingang, angetrieben. Um ihre Kraft zu verstärken, greift dabei die Kreißende nach Stützen für die Hände und stemmt ihre Füße an.

Die Anstrengung der Bauchpresse ist eine willkürliche Bewegung und kann im Anfange der Geburt noch zurückgehalten werden. Bei vorgeschrittener Geburt aber, unter den Schüttelwehen, ist der Trieb zum Mitpressen so gewaltig, daß nur wenige Kreißende demselben zu widerstehen vermögen.

§. 91.

Die Zusammenziehungen der Scheide helfen etwas mit bei dem Hervortreten des kindlichen Rumpfes und später bei dem Hinabgleiten der Nachgeburt. Da die Scheide aber nur schwache Muskeln besitzt, so ist ihre Wirkung nicht von Belang.

2. Von dem Verlaufe der Geburt und den Geburtszeiten.

§. 92.

Der Beginn der Geburt wird damit eingeleitet, daß die Gebärmutter blutreicher wird. Infolge davon wird sie

schwerer und sinkt mehr nach unten, was der Kreißenden selbst oft durch die Senkung des Leibes und vermehrten Drang auf die Blase fühlbar wird. Zugleich wird auch die Scheide blutreicher und sondert mehr Schleim ab. Eine jede Geburt wird in drei Abschnitte eingeteilt, die Eröffnungszeit, die Austreibungszeit und die Nachgeburtszeit.

§. 93.

In der Eröffnungszeit entfaltet sich der Mutterhals und Muttermund. Die Wehen sind im Anfang dieser Zeit noch selten und schwach und die Schmerzen erreichen noch nicht die spätere Höhe. Die Kreißende zeigt aber jetzt schon, daß sie sich unbehaglich fühlt, sie wechselt oft ihre Stellung und Haltung, lehnt sich zeitweise an oder stützt sich auf, reibt sich das Kreuz und zeigt im Gesicht den Ausdruck zeitweiser Schmerzen.

Die Spannung, welche in den Gebärmutterwänden bei der Wehe zustande kommt, bewirkt nun die Eröffnung des unteren Abschnittes der Gebärmutter. War noch etwas vom Scheidenteil da, so wird dies ausgeglichen, der Scheidenteil verstreicht, darauf erfolgt die Eröffnung des Muttermundes.

Durch die wiederholten Wehen lösen sich unten die Eihäute von der Innenfläche der Gebärmutter. Nachdem somit die Eispitze frei geworden ist, kann sie nun, wenn die Wehe kommt, nach unten gegen den Muttermund vordrängen. Eine jede Wehe treibt dann, indem sie auf den Inhalt der Gebärmutter drückt, etwas Wasser in die Eispitze hinein und diese sucht nach unten in die Muttermundsöffnung hinein auszuweichen. Die Ränder des Muttermundes setzen dem Widerstand entgegen, da sie aber durch starke Anfüllung der Adern aufgeweicht sind und da das Andrängen der

Eispitze sich immer wiederholt, geben sie immer mehr nach. In jeder Wehenpause zieht sich die Eispitze wieder in die Höhe, um dann in der folgenden Wehe wieder etwas tiefer in den Muttermund hinabzutreten. Das Fruchtwasser vermag also in dieser Zeit noch neben dem vorliegenden Teil vorbei hinauf und herab zu fließen, weil dieser noch nicht fest vom Muttermund umschlossen wird.

So wird in der schonendsten Weise der Muttermund allmälich gedehnt. Trotzdem entstehen dabei kleine Einrisse in den Adern, teils durch die Ablösung der Eihäute, teils durch die Spannung der Muttermundsränder, infolge davon mischen sich einige Blutstreifen in den abgehenden Schleim, es zeichnet, wie man dies ausdrückt.

Wie rasch der Muttermund sich eröffnet, hängt außer von den Wehen, von der Nachgiebigkeit seiner Ränder ab. Bei Mehrgebärenden, bei welchen der Mutterhals schon vor der Geburt geöffnet war und bei denen die Ränder des Muttermundes durch Einrisse ihren Zusammenschluß verloren haben, geht die Eröffnung ziemlich rasch vor sich. Bei Erstgebärenden setzt der gespannte Saum des äußeren Muttermundes viel längern Widerstand entgegen und bleibt noch eng, während oben der innere Muttermund durch die hinabgetretenen Eiteile schon weit eröffnet ist.

Mit weiterm Fortschreiten der Geburt tritt nun der vorliegende Kindesteil fester in den Mutterhals ein und wird von seinen Wänden enger umschlossen. Dann vermag das Fruchtwasser, welches unter dem vorliegenden Teil in der Fruchtblase steht, nicht mehr in der Wehenpause zurückzuweichen und die Blase bleibt auch in der Wehenpause gespannt, die Fruchtblase ist springfertig.

Dies ist in der Regel der Fall, wenn der Muttermund

vollständig eröffnet ist und wenn nun eine neue Wehe kommt, die noch etwas Wasser nach unten treibt, zerreißt die Fruchtblase über dem Muttermund, die Blase ist gesprungen.

Das Wasser, welches dabei hervorfließt, ist zunächst nur dasjenige, welches sich unterhalb des vorliegenden Teils befand, das sogenannte Vorwasser. Das übrige Fruchtwasser wird noch durch den vorliegenden Teil in der Gebärmutter zurückgehalten. Die Eihäute streifen sich dann alsbald über den vorliegenden Teil hinauf und dieser steht nun voll im Muttermunde, noch von einem schmalen Saum desselben umgeben, er steht in der Krönung. Damit ist die Eröffnungszeit beendet.

§. 94.

In der Austreibungszeit wird das Kind durch den geöffneten Muttermund abwärts getrieben.

In der Regel folgt nach dem Blasensprung eine kleine Pause in der Wehenthätigkeit. Bald aber werden die Wehen häufiger und stärker; nun tritt auch die Bauchpresse als Unterstützung hinzu.

An dem vorliegenden Teil, also in der Regel dem Kopf, bemerkt man eine Anschwellung der Weichteile, die sogenannte Kopfgeschwulst, welche von dem Druck der Ränder des Muttermunds herrührt und wie dieser eine runde Gestalt hat. Je länger der Kopf im Muttermunde stehen blieb und je straffer der Muttermund war, desto größer wird sie. Bei Erstgebärenden fällt sie daher viel stärker aus als bei Mehrgebärenden.

Der Muttermund streift sich dann über den vorliegenden Kindesteil zurück und dieser rückt in das Scheidengewölbe hinab.

Die Scheide setzt in der Regel dem Hinabrücken des Kindes keinen großen Widerstand entgegen, da ihre Wände weich und von Schleimhaut überzogen sind. Sie wird dann so weit gedehnt, daß ihre Wände ziemlich eng an die Beckenwände hinantreten. Gleichzeitig wird vorn die Harnröhre und hinten der Mastdarm durch den vorrückenden Kindesteil gedrückt.

Stärkeren Widerstand findet der vorliegende Kindesteil bei seinem Hervortreten durch die Schamspalte. Wenn dies bevorsteht, so sieht man zunächst nur, daß die Schamlippen sich während der Wehe ein klein wenig teilen und dann nach Aufhören der Wehe wieder zusammenschließen, der Kopf kommt ins Einschneiden. Die wiederholten Wehen treiben dann den Kopf so vor, daß ein immer größerer Abschnitt desselben sichtbar wird. Dabei wird der Damm stark vorgepreßt und verdünnt; ebenso werden die großen Schamlippen hervorgedrängt und so wird der Geburtskanal, indem der Kopf nur noch in den Weichteilen steckt, über den Beckenausgang hinaus nach unten verlängert. Auf dem Kopf bildet sich, während derselbe in der Schamspalte steht, oft eine Anschwellung der Weichteile, welche weiter nach vorn, als die erste Kopfgeschwulst, gerade auf dem Scheitel sitzt und längliche Form hat, die sogenannte zweite Kopfgeschwulst.

Nachdem die Weichteile, welche die Schamspalte umgeben, in dieser Art durch den vortreibenden Kopf stark gedehnt worden sind, vermögen sie keinen Widerstand mehr zu leisten; daher bleibt der Kopf auch nach Aufhören der Wehe voll in der Schamspalte stehen. Ist dieser Zeitpunkt erreicht, so fördert die nächste Wehe den Kopf zu Tage, der Kopf schneidet durch.

Der Damm streift sich dann über den Kopf nach oben

und hinten zurück. In den Wehen folgt nun eine kurze Pause, dann treibt die nächste Wehe die Schultern und den Rumpf durch die Schamspalte.

§. 95.

In der Nachgeburtszeit wird der Mutterkuchen mit den anhängenden Eihäuten ausgestoßen.

Sobald der Kopf aus der Schamspalte durchschneidet, folgt ihm mit Fruchtwasser, welches durch denselben zurückgehalten war, auch zugleich etwas Blut nach. Dieses Blut rührt her von der Ablösung des Mutterkuchens. Bei der Wehe nämlich, welche den Kopf aus der Schamspalte trieb,



Fig. 19. Die Ablösung der Nachgeburt.



Fig. 20. Die Austreibung der Nachgeburt.

erfolgt eine so bedeutende Verkleinerung der Gebärmutter, daß eben in diesem Augenblick der Mutterkuchen von der weichen Innenfläche der Gebärmutter abreißt. Seine Ablösung geschieht dabei immer in der Art, daß von der mütterlichen

Siebhaut, auf welchen der Mutterkuchen aufgesetzt war, eine Lage mit abgerissen und damit eine größere Menge von mütterlichen Adern eröffnet wird. Aus diesen Adern sickert nun Blut hervor, welches sich oberhalb des Mutterkuchens, zwischen diesem und der Gebärmutterwand ansammelt und dort gerinnt.

Obwohl der Mutterkuchen, wie angegeben, in der Regel schon bei der Geburt des kindlichen Kopfes vollständig gelöst ist, so erfolgt doch seine Ausstoßung nicht sofort, sondern erst nach einiger Zeit, $^1/_2$ Stunde nach der Geburt des Kindes oder später.

Dies kommt daher, daß die Gebärmutter zunächst sich nicht verkleinert. Nach der Geburt des Kindes tritt immer eine Zeit der Ruhe ein, in welcher die erschöpfte Gebärmutter sich nicht weiter zusammenzuziehen vermag und erst nach einer Weile folgen die sogenannten Nachgeburtswehen.

Der Muttergrund steht während dieser Zeit als harte Kugel ein klein wenig über dem Nabel. Wenn später die Nachgeburt aus der Gebärmutterhöhle in die Scheide hinabtritt, steigt der Muttergrund ein wenig hinauf und gleichzeitig wird die Gebärmutter schmäler.

In die Scheide wird die Nachgeburt zum Teil durch die Zusammenziehungen der Gebärmutter, die Nachgeburtswehen, hinabgetrieben. Zum andern Teil wirkt aber auch das oberhalb des Mutterkuchens angesammelte Blut mit, um diesen herauszudrücken. Dabei stülpt sich der Eisack um, der Mutterkuchen tritt mit seiner glatten Fläche, an welcher die Nabelschnur eingepflanzt ist, auf den Muttermund und zerrt, wenn er tiefer tritt, die mit der Innenwand der Gebärmutter verklebten Eihäute allmälich aus dieser hervor (vergl. Fig. 20).

So rückt die Nachgeburt bis hinter die Schamspalte hinunter. Dort tritt in der Regel eine Stockung ein. Wenn nämlich die Nachgeburt schon gänzlich aus der Gebärmutterhöhle herausgeschlüpft ist, so vermag die Zusammenziehung der Gebärmutter ihre Austreibung nicht weiter zu fördern und da ebenfalls die Scheide nach dem eben beendeten Durchtritt des Kindes noch sehr schlaff und weich ist, so kann auch durch Zusammenziehungen der Scheidenwände die weitere Ausstoßung der Nachgeburt nur wenig gefördert werden.

In der Regel erfolgt dann die völlige Ausstoßung der Nachgeburt dadurch, daß die Kreißende ein Drängen empfindet und durch Anstrengen der Bauchpresse die Nachgeburt aus der Schamspalte hervorpreßt.

An der ausgestoßenen Nachgeburt findet man auf der rauhen Fläche des Mutterkuchens einige Klumpen Blut. Außer diesem in dem umgestülpten Eisack befindlichen Blut fließt auch sonst noch etwas flüssiges Blut aus den Geschlechtsteilen während der Nachgeburtszeit hervor. Ein stärkerer Blutabgang findet aber bei einer gesundheitsgemäßen Geburt nicht statt, weil die durch Ablösung des Mutterkuchens geöffneten Adern durch die Zusammenziehungen der Gebärmutter geschlossen werden.

§. 96.

Das Befinden der Kreißenden wird bei gesundheitsgemäßem Verlaufe der Geburt durch die mit derselben verbundene Anstrengung und durch den Blutabgang nicht in bemerkenswerter Weise geschädigt. Ein Gefühl von Mattigkeit tritt freilich zu Tage und in den gedehnten Teilen, durch welche der Kindeskörper hindurchgetreten ist, empfindet die Entbundene zunächst ein lästiges Brennen. Auch wird die Körperwärme, namentlich nach länger dauernden Geburten, um ein

paar Zehntel Grade erhöht. Diese Folgen der Geburt werden aber durch die zwischen den einzelnen Wehen und nach der Geburt eintretenden Ruhepausen gelindert und ein späterer Nachteil erwächst der Entbundenen daraus nicht.

Auch für das Kind bringt ein regelmäßiger Geburtsverlauf keine Schädigung. Die einzelnen Teile des Kindeskörpers sind der Art ausgestattet, daß sie den Wehendruck ohne Nachteil ertragen können. Am ehesten wird noch der Druck gefährlich, welchen der Mutterkuchen erfährt, wenn sich der Umfang der Gebärmutter verkleinert. Eine jede Wehe, welche die Gebärmutterwand zusammenzieht, verkleinert auch zugleich die Oberfläche, mittelst welcher der Mutterkuchen der Gebärmutterwand aufsitzt und verengt damit auch seine Blut führenden Adern. Hier schützt aber das Fruchtwasser davor, daß dieser Druck den Blutlauf nicht in gefährlicher Weise stört und in gleicher Weise wird auch die Nabelschnur dadurch, daß sie lose im Wasser liegt, vor einem schädlichen Druck ihrer Ader bewahrt. Erst wenn der Kindeskörper hervorgetreten ist, wird der Blutaustausch zwischen Mutter und Frucht gänzlich unterbrochen.

§. 97.

Die Dauer der Geburt ist außerordentlich verschieden. Es hängt das von den Wehen, von der Weite der Geburtswege und von der Größe des Kindes ab. Bei Erstgebärenden dauert die Geburt erheblich länger als bei Mehrgebärenden. Von den Geburtszeiten nimmt die Eröffnungszeit bei Weitem die längste Zeitdauer in Anspruch. Die Nachgeburtszeit pflegt bei Erstgebärenden kürzer als bei Mehrgebärenden zu sein. Im Allgemeinen kann man zwölf Stunden Dauer für die Niederkunft einer Mehrgebärenden und achtzehn Stunden für die einer Erstgebärenden rechnen.

3. Von der regelmäßigen Lage des Kindes und von seinem Durchgange durch das Becken.

§. 98.

Ein reifes Kind kann nur dann durch die Geburtswege geboren werden, wenn es der Länge nach in dem Geburtskanale liegt. Dies kann in einer doppelten Weise der Fall sein. Das Kind kann entweder mit dem Kopf oder mit dem Beckenende sich zur Geburt stellen. Hiernach ergeben sich die zwei Hauptabteilungen: Kopflagen und Beckenendelagen. Diese Lagen zerfallen wieder in folgende Unterabteilungen:

I. Kopflagen:
   1. Schädellagen.
   2. Gesichtslagen.

II. Beckenendelagen:
   1. Steißlagen.
   2. Fußlagen.
   3. Knielagen.

Bei allen diesen Lagen rückt der vorliegende Kindesteil solchergestalt auf das kleine Becken hinab, daß er sich lotrecht auf den Beckeneingang, in der Richtung der Führungslinie, einstellt. Der untersuchende Finger trifft daher den hinter der Schamfuge stehenden Abschnitt des vorliegenden Kindesteils anfänglich tiefer stehend als den hinten am Vorberg befindlichen Abschnitt. Bei weiterem Fortgange der Geburt ändert sich dies aber dergestalt, daß die an der hinteren Beckenwand herabgleitenden Teile rascher vorrücken als die nach vorn hinter der Schamfuge stehenden und daß

beide nachher nahezu gleichzeitig durch die Schamspalte durchschneiden.

Jeder vorliegende größere Kindesteil stellt sich in den Beckeneingang in den queren oder schrägen Durchmesser und dreht in der Beckenhöhle sich dann in den geraden Durchmesser hinein. Eine Hebamme, die das Becken kennt, wird leicht einsehen, daß diese Einstellung und Drehung durch die Gestalt des Beckens notwendig gemacht wird.

§. 99.

Alle Längslagen des Kindes teilt man ein nach der Richtung des Rückens in:

Rücken links: erste Lage,

Rücken rechts: zweite Lage.

Ist dabei der Rücken etwas nach vorn gewandt, so nennt man es erste *Unterart*, ist derselbe mehr nach hinten gewandt, *zweite Unterart.*

§. 100.

Nur die Schädellagen des Kindes können als regelmäßige Lagen gelten. Sie sind die häufigsten und zugleich auch die günstigsten Lagen, welche das Kind einnehmen kann. Auf 100 Geburten zählt man 97 Schädellagen.

4. Von den Geburten bei vorliegendem Schädel.

§. 101.

Der vorliegende Schädel stellt sich meist mit nach links und vorn gerichteter kleiner Fontanelle auf den Beckeneingang. Es ist dies die *erste Schädellage, erste Unterart* (vgl. §. 61).

Bei dieser Stellung liegen die Füße rechts oben im Muttergrunde. Von dem daneben liegenden Steiß aus kann man den Rücken nach links hinunter verfolgen, den Herzschlag hört man links unterhalb des Nabels.

Bei der inneren Untersuchung trifft der Finger auf



Fig. 21. Erste Schädellage, erste Unterart.

das nach vorn liegende rechte Scheitelbein und links vorn auf die kleine Fontanelle. Von hier aus ist die Pfeilnaht nach rechts und hinten im rechten schrägen Durchmesser des Beckeneingangs bis zur großen Fontanelle hin zu verfolgen. Ueber dem Muttermund steht die hintere obere Ecke des rechten Scheitelbeins.

Die Wehen treiben nun den Kopf mit vorausgehender kleiner Fontanelle durch den Muttermund. Je mehr die Wehen drücken, desto stärker senkt sich das Hinterhaupt, und dreht sich dabei nach vorn, sobald es in die Beckenhöhle

hinabgerückt ist. Das Hinterhaupt weicht nämlich dahin wo das Becken offen ist, nach dem Schambogen zu. Unter dem Schambogen tritt das Hinterhaupt bis zum Nacken hervor und nun wälzt sich die Stirn hinten über den Damm aus der Schamspalte hervor.

Die Kopfgeschwulst sitzt auf dem rechten Scheitelbein in der Nähe der kleinen Fontanelle.

In dem Augenblick, in welchem der Kopf im geraden Durchmesser der Schamspalte heraustritt, stehen die Schultern oben quer im Beckeneingang. In dieser Stellung vermögen sie nicht durch die Höhlung des kleinen Beckens hindurchzutreten, weil dort der quere Durchmesser zu wenig Raum bietet. Die Schultern drehen sich daher unten in den geraden Durchmesser des Beckens und treten aus, indem die eine sich nach vorn unter den Schambogen anstemmt, die andere hinten über den Damm hervortritt. Diese Drehung der Schultern geschieht so, daß der Rücken des Kindes sich wieder dorthin wendet, wohin er im Anfange der Geburt gerichtet war. Es schaut demnach bei der ersten Schädellage in dem Augenblick, da die Schultern geboren werden, das Gesicht des Kindes nach dem rechten Schenkel der Mutter.

Bestand eine zweite Unterart der ersten Schädellage, so war die kleine Fontanelle anfangs hinten links, die Pfeilnaht im linken schrägen Durchmesser, die Füße rechts oben vorn, der Herzschlag des Kindes links unten nach außen zu hören. Es dreht sich dann die kleine Fontanelle ebenfalls nach vorn, und der Austritt von Kopf und Rumpf erfolgt gerade so, wie eben beschrieben ist. Begreiflicherweise dauert aber die Geburt etwas länger, weil das Hinterhaupt einen erheblich längeren Weg zu machen hat, bis es unter dem Schambogen angelangt ist.

§. 102.

Bei der zweiten Schädellage steht Rücken und Hinterhaupt des Kindes rechts, meist etwas nach hinten.

Die Hebamme hört rechts unten den Herzschlag, fühlt links oben die kleinen Kindesteile und findet bei der inneren Untersuchung das linke Scheitelbein hinter der Schamfuge, das rechte an der hinteren Beckenwand. Die Drehungen,



Fig. 22. Zweite Schädellage, zweite Unterart.

welche der Kopf durchmacht, verhalten sich ganz so, wie vorhin angegeben, nur daß das Hinterhaupt bei der zweiten Schädellage von rechts kommt, anstatt wie bei der ersten, von links.

Nach seinem Austritt schaut der Kopf bei der zweiten Schädellage mit dem Gesicht nach dem linken Schenkel der Mutter. Die Schultern stehen dann im geraden Durchmesser,

die linke vorn unter der Schamfuge, die rechte hinten am Damm.

§. 103.

An dem eben geborenen Kinde sind in der Regel noch die Spuren von der Stellung zu erkennen, welche der Kopf im Becken inne hatte.



Fig 23. Austritt des Kopfes bei der Schädelgeburt.

Die Kopfgeschwulst sitzt durchweg auf dem Scheitelbein, welches vorn hinter der Schamfuge gestanden hat, also auf

dem rechten Scheitelbein, wenn es erste Lage war, auf dem linken, wenn es sich um zweite Schädellage handelte. Bei den ersten Unterarten findet man sie näher nach dem Hinterhaupt zu, bei den zweiten Unterarten etwas entfernter von demselben.

Auch an der Stellung und Gestalt der Scheitelbeinknochen vermag man in der Regel noch zu erkennen, in welcher Weise der Kopf durch das Becken getreten ist. Das Scheitelbein, welches am Vorberg stand und an der hintern Beckenwand hinabtreten mußte, wird gewöhnlich etwas abgeflacht und in der Pfeilnaht unter das andere geschoben.

§. 104.

In seltenen Fällen kommt es bei Schädelgeburten vor, daß das Hinterhaupt sich nicht nach vorn wendet, sondern daß die große Fontanelle unter den Schambogen tritt und das Hinterhaupt über den Damm hervorgleitet. Man nennt das Vorderhauptsgeburten. Diese ungewöhnliche Drehung ereignet sich besonders bei kleinen Köpfen, weitem Becken, raschem Geburtsverlauf und kommt erklärlicher Weise häufiger vor bei den zweiten Unterarten der Schädellagen, weil bei diesen das Hinterhaupt von vorn herein nach hinten stand.

5. Das Verhalten der Hebamme bei regelmäßigen Geburten.

§ 105.

Bei regelmäßigen Geburten hat die Hebamme

1. aufmerksam zu beobachten, ob der Geburtsverlauf ein gesundheitsgemäßer ist, oder einen Nachteil für Mutter

oder Kind befürchten läßt; in letzterem Falle hat sie zur Hinzuziehung eines Arztes aufzufordern.

2. Sie hat der Gebärenden hülfreich zu sein, hat ihr in freundlicher Weise Trost zuzusprechen und nach Kräften für ihre Bequemlichkeit Sorge zu tragen.

§. 106.

Bevor die Hebamme zu einer Gebärenden geht, hat sie in ihrer Wohnung erst nachzusehen, ob ihre Gerätschaften sämmtlich sauber sind und ihre Hände und Vorderarme, insbesondere die Fingernägel, gründlich zu reinigen. Sie sorge dafür, daß ihre Fingernägel kurz und rund beschnitten sind und glatte Ränder haben; jedesmal entferne sie den Schmutz unter den Nägeln und aus dem Nagelfalz, sowie aus etwaigen Hautschrunden an den Händen und wasche gründlich die Hände und Vorderarme, bei welchen Verrichtungen sie eine geeignete Waschbürste und Seife anzuwenden hat. Sie hat ein Kleid anzuziehen, dessen Aermel bis über die Mitte der Oberarme hinaufgestreift werden können und aus einem von den übrigen Kleidungsstücken abgesonderten Behälter eine reine, nach der letzten Wäsche noch nicht benutzte weiße Schürze herauszunehmen.

§. 107.

Zu der Gebärenden hat sie folgende Gerätschaften mitzunehmen, welche in einem sauberen Behälter zusammengepackt sein müssen:

1. eine Flasche mit 90 Gramm verflüssigter Karbolsäure. Diese Flasche soll die deutliche und haltbare Aufschrift haben: „Vorsicht! Karbolsäure! Nur gehörig verdünnt und nur äußerlich zu gebrauchen!“

2. ein Glasgefäß zum Abmessen von je 15 und 30 Gramm der genannten Säure.

3. Seife zum Reinigen der Hände und Arme.

4. eine geeignete reingehaltene Waschbürste.

5. ein reines, nach dem letzten Waschen noch nicht gebrauchtes Handtuch.

6. eine reine weiße Schürze, welche den Vorderkörper bis zu den Schultern hinauf völlig bedecken soll.

7. eine Spülkanne von mindestens 1 Liter Gehalt, welche mit einer Marke zur Abmessung von 1/2 Liter und mit einem Schlauch von 1 bis 1 1/2 Mtr. Länge versehen ist.

8. ein Glasrohr zu Einspritzungen in die Scheide und ein Metallrohr zu Klystieren, welche Rohre in den Schlauch der Spülkanne passen.

9. einen metallenen weiblichen Katheter.

10. eine Nabelschnurscheere.

11. schmales, 1/2 Centimeter breites Leinenband zum Unterbinden der Nabelschnur.

12. ein Packet mit 12 Kugeln von reiner Watte (jede von der Größe eines kleinen Hühnereis und mit einem Faden umschnürt*).

13. einen gläsernen oder metallenen Behälter mit Vaselin,

14. ein Gläschen mit Hoffmann'schen Tropfen.

15. ein kleines blaues Tropfglas mit 2 procentiger Höllensteinlösung.

16. einen Thermometer zur Messung der Körperwärme und einen Badethermometer, nach Celsius.

---

*) Die Wattekugeln sind in weißem Pergamentpapier und einem umschließenden Beutel von weißem Stoff aufzubewahren.

Ergänzungsblatt 8

zum Hebammen-Lehrbuch Seite 80
(Ministerial-Erlaß vom 21. Mai 1902).

Auf Seite 80 ist hinter der Ziffer 3 des §. 107 und dem Ergänzungsblatt 3 einzuschieben:

„An Stelle des Lysols kann auch die Kresolseife (liquor Cresoli saponatus) Verwendung finden. Die Flasche muß die deutliche und haltbare Aufschrift tragen: „Vorsicht! Kresolseife! Nur gehörig verdünnt und nur äußerlich zu gebrauchen.“ Zum Abmessen ist ein Glasgefäß mit Marken für je 5, 10 und 20 Gramm erforderlich.

In allen Fällen, in denen das Lehrbuch dreiprozentiges Karbolwasser vorschreibt (§§. 71, 113, 237, 238, 296, 302, 303, 312) darf einprozentiges Kresolseifenwasser und da, wo das Lehrbuch ein- bis zweiprozentiges Karbolwasser verlangt (§§. 245, 246, 310) einhalb-($^1/_2$-) prozentiges Kresolseifenwasser gebraucht werden.

Das Kresolseifenwasser wird bereitet, indem zu einem Liter lauwarmen Wassers in einer reinen Schüssel oder Flasche unter beständigem Umrühren oder Umschütteln 10 Gramm Kresolseife behufs Herstellung von einprozentigem Kresolseifenwasser oder 5 Gramm zur Gewinnung von einhalbprozentigem Kresolseifenwasser zugeschüttet werden. Niemals darf die Hebamme die Mischung der Kresolseife und des Wassers in der Spülkanne vornehmen.“

Ergänzungsblatt 3

zum Hebammen-Lehrbuch Seite 80

(Ministerial-Erlaß vom 1. Mai 1897).

Auf Seite 80, hinter der Ziffer 2 des §. 107 ist einzuschieben:

Die Haut mancher Menschen verträgt Waschungen mit Karbolsäurelösung nicht. Es ist deshalb der Hebamme gestattet, in ihrem Behälter neben oder statt der Karbolsäure einen Vorrath von Lysol mit sich zu führen. Die Flasche muß die deutliche und haltbare Aufschrift haben: „Vorsicht! Lysol! Nur gehörig verdünnt und nur äußerlich zu gebrauchen!“

Zum Abmessen ist ein Glasgefäß mit Marken für je 5, 10 und 20 Gramm erforderlich.

In allen Fällen, in denen das Lehrbuch dreiprozentiges Karbolwasser vorschreibt (§§. 71, 113, 237, 238, 296, 302, 303, 312) darf einprozentiges Lysolwasser und da, wo das Lehrbuch ein- bis zweiprozentiges Karbolwasser verlangt (§§. 245, 246, 310) einhalb- (1/2-) prozentiges Lysolwasser gebraucht werden.

Das Lysolwasser wird bereitet, indem zu einem Liter lauwarmen Wassers in einer reinen Schüssel oder Flasche unter beständigem Umrühren oder Umschütteln 10 Gramm behufs Herstellung von einprozentigem Lysolwasser oder 5 Gramm zur Gewinnung von einhalbprozentigem Lysolwasser zugeschüttet werden. Niemals darf die Hebamme die Mischung des Lysols und des Wassers in der Spülkanne vornehmen.

Ergänzungsblatt 6

zum Hebammen-Lehrbuch Seite 80

(Ministerial-Erlaß vom 15. Januar 1901).

Die Ziffer 12 des §. 107 nebst Fußnote erhält nachstehende Fassung:

Zehn sterilisirte (keimfrei gemachte) Wattekugeln, jede von der Größe eines kleinen Hühnereies und mit einem Faden umschnürt. Die Wattekugeln müssen zu mehreren oder zusammen von festem Pergamentpapier umschlossen sein und werden zweckmäßig außerdem in einem leinenen Beutel verwahrt. Sie sind erst unmittelbar vor dem Gebrauche aus ihrer Umhüllung zu entnehmen und nur dann zu verwenden, wenn die Umhüllung unversehrt ist.

[illegible] warmen, wenn möglich durchgekochten Wassers, streife ihre Aermel bis zum Oberarm hinauf und wasche Hände und Arme gründlich mit Zuhülfenahme von Seife und Waschbürste.

Sie trockne sich dann mit einem reinen Handtuche ab und wasche nun, ebenfalls mit lauwarmem, wenn möglich

§. 108.

Sobald die Hebamme in der Wohnung der Gebärenden eingetroffen ist, hat sie, falls nicht infolge weit vorgeschrittener Geburt ihre sofortige Handleistung nötig wird, die Gebärende über ihren bisherigen Gesundheitszustand und über den Verlauf der Schwangerschaft auszufragen.

Bei dieser Erkundigung ist folgende Reihenfolge zu beobachten:

1. ist die Kreißende zu fragen, ob sie eine Erst- oder Mehrgebärende ist und in welchem Lebensalter sie steht;
2. wie sie sich früher, als Kind und während der Entwickelungsjahre befunden hat;
3. wie die etwaigen früheren Niederkünfte verlaufen sind;
4. wie der Verlauf der jetzigen Schwangerschaft gewesen ist, wann die letzte monatliche Regel aufgetreten, wann die erste Kindesbewegung gefühlt und wann die Senkung des Leibes wahrgenommen ist;
5. das Befinden in der jetzigen Schwangerschaft;
6. der erste Eintritt der Wehen und deren Stärke und Häufigkeit.

§. 109.

Hat die Hebamme diese Erkundigung beendigt, so trifft sie nunmehr die für die Untersuchung notwendigen Vorbereitungen. Sie verschaffe sich eine größere Menge lauwarmen, wenn möglich durchgekochten Wassers, streife ihre Aermel bis zum Oberarm hinauf und wasche Hände und Arme gründlich mit Zuhülfenahme von Seife und Waschbürste.

Sie trockne sich dann mit einem reinen Handtuche ab und wasche nun, ebenfalls mit lauwarmem, wenn möglich

durchgekochtem Wasser, die äußeren Geschlechtsteile der Gebärenden und deren Nachbarteile. Zum Abtrocknen dieser Teile soll ein reines Handtuch oder reine Watte, niemals aber ein Schwamm genommen werden.

§. 110.

Ist dies geschehen, so sorge die Hebamme dafür, daß, wenn es irgend nur die Verhältnisse gestatten, die Kreißende mit reiner, vorher erwärmter Leibwäsche und das Geburtslager mit reinen Bettbezügen und Unterlagen versehen wird. Die Kreißende sei außer mit reinem Hemde nur mit einer Nachtjacke bekleidet. Strümpfe und Beinkleider müssen abgelegt werden. Das Haar ist zu ordnen und durch ein Tuch oder Haube zu bedecken, da es in den ersten Tagen des Wochenbetts nicht gekämmt werden darf.

§. 111.

Nunmehr lagert die Hebamme die Gebärende auf das Geburtsbett und sorgt für die Ordnung in dem Geburtszimmer und die Bereithaltung von Allem, was für Mutter und Kind erforderlich ist.

In dem Geburtszimmer soll eine reine Luft sein und eine Temperatur von 17 Grad Celsius. Alles, was die gute Luft verderben könnte, ist aus dem Geburtszimmer zu entfernen. Schmutzige oder feuchte Wäsche, Dunst verbreitende Speisen, Räuchermittel sind in demselben nicht zu dulden. Ueberflüssige Personen, Kinder, Thiere sind aus demselben zu entfernen. Ein je größeres Zimmer für die Abhaltung der Niederkunft gewählt werden konnte, um so besser ist es für die Gesundheit der Kreißenden und ganz besonders verdienen nach der Sonnenseite, aber vom Geräusch der Straße

abgelegene Zimmer den Vorzug. Die Hebamme wird häufig in der Lage sein, die ihrer Pflege anvertraute Frau schon vor Eintritt der Niederkunft hierauf hinzuweisen.

Zum Geburtslager dient eine gewöhnliche Bettstelle, die aber nicht zu breit sein darf, von mittlerer Höhe sein muß und derart zu stellen ist, daß man von beiden Längsseiten frei hinantreten kann.

In der Bettstelle soll sich eine feste Unterlage befinden. Auf jedem weichen Unterbett, insbesondere auf einem Federbett sinkt die Kreißende soweit ein, daß eine bequeme Hülfeleistung nicht möglich ist. Diese feste Unterlage ist durch Ueberdecken mit einem wasserdichten Tuch, Gummituch, Wachstuch oder geöltes Leinen, vor Durchnässung und Verderben zu schützen. Läßt sich dies nicht beschaffen, so lege die Hebamme ein mehrfach zusammengefaltetes reines Betttuch der Kreißenden unter das Kreuz.

Als Bettdecke ist eine Federdecke nicht zweckmäßig, das Beste ist eine wollne- oder Steppdecke mit Leinenüberzug.

Eine größere Menge warmen und kalten Wassers, reine Tücher zum Abtrocknen, eine Bettschüssel zum Auffangen von Fruchtwasser, Blut und Kot sind bereit zu halten. Auch hat die Hebamme nachzuschauen, ob das erforderliche Kinderzeug, sowie eine Wanne oder sonst ein geeignetes Gefäß zum Baden des Kindes vorhanden ist.

§. 112.

Wenn die Kreißende gelagert worden ist, gebe ihr die Hebamme ein Klystier. Es ist dies selbst dann erforderlich, wenn die Gebärende regelmäßigen Stuhlgang gehabt haben will, damit nicht durch zurückgehaltenen Kot das Bett bei der Geburt beschmutzt wird. Zugleich ist darauf zu achten, daß die Kreißende den Urin läßt.

Nachdem eine Ausleerung erfolgt ist, wasche die Hebamme den Damm und die äußeren Geschlechtsteile und nehme dann, nachdem sie sich ihre Hände gründlich gereinigt, die äußere Untersuchung vor.

Bei dieser Untersuchung verfahre die Hebamme genau nach der Reihenfolge, wie solche oben im §. 72 gelehrt worden ist.

§. 113.

Nachdem so für die Reinigung der Gebärenden und ihres Geburtslagers gesorgt ist, hat die Hebamme sich mit Karbolwasser zu waschen (zu desinficieren).

Zu diesem Zweck füllt sie in eine reine Waschschale 2 Liter lauwarmen Wassers. In dieses Wasser schüttet sie unter beständigem Umrühren allmälich die genau abgemessene Menge von 60 Gramm flüssiger Karbolsäure und bereitet sich so 2 Liter 3procentigen Karbolwassers. Niemals darf die Hebamme diese Mischung des Karbolwassers in der Spülkanne vornehmen.

Die eine Hälfte dieses gut durchgerührten Karbolwassers gießt die Hebamme in ihre Spülkanne und legt dort die beiden Ansatzröhren, den Katheter und die Nabelschnurscheere hinein, so daß diese Gerätschaften von der Flüssigkeit voll bedeckt sind.

Die andere Hälfte benutzt die Hebamme zur Reinigung (Desinfektion) der Hände und Arme vor und nach jeder Untersuchung sowie vor jeder Handleistung, bei welcher sie mit den Geschlechtsteilen oder einer Wunde in deren Nähe in Berührung kommt. Reicht die Menge dieses Karbolwassers für wiederholte desinficierende Waschungen nicht aus, so hat die Hebamme sich neues Karbolwasser, durch Zugießen von

30 Gramm Karbolsäure auf 1 Liter Wasser, also 3 procentig, zu bereiten.

§. 114.

Bevor die Hebamme jetzt zur innern Untersuchung schreitet, desinficiere sie die Hände und Arme gründlich mit Karbolwasser. Bei der inneren Untersuchung verfahre die Hebamme nach der oben in §. 73 gegebenen Anweisung.

§. 115.

Fand die Hebamme den Schädel vorliegend und auch sonst keinerlei Unregelmäßigkeit, so kann sie der Kreißenden, falls diese es wünscht, gestatten, in der Eröffnungszeit noch aufzustehn. Wenn der Blasensprung bevorsteht, muß die Kreißende, auch wenn der Schädel gut vorliegt, das Bett aufsuchen.

Wünscht die Kreißende etwas zu genießen, so sind ihr flüssige Nahrungsmittel, Milch, Fleischbrühe, Wein mit Wasser gern zu gestatten. Feste Nahrungsmittel sind dagegen im Beginn der Geburt nicht zweckmäßig.

§. 116.

Eine wiederholte innere Untersuchung ist vor dem Blasensprunge in der Regel nicht erforderlich. **Die innere Untersuchung ist möglichst selten vorzunehmen**, durch eine genaue äußerliche Untersuchung wird ein wiederholtes Einführen des Fingers in die Scheide häufig überflüssig gemacht. Wird aber eine innere Untersuchung nötig, so kürze die Hebamme dieselbe thunlichst ab, niemals lasse sie den Finger, etwa um die Wirkung einer Wehe abzuwarten, während der ganzen Wehenpause in der Scheide liegen.

§. 117.

Die Zeit gleich nach dem Blasensprung ist für die innere Untersuchung die geeignetste.

Vorher war oft die Eiblase, welche zu schonen ist, für die Untersuchung hinderlich und nachher werden durch die Kopfgeschwulst die vorliegenden Nähte gedeckt. Gleich nach dem Blasensprunge liegt der Kindsteil dem untersuchenden Finger deutlich vor und dann muß die Hebamme sich über den vorliegenden Teil und seine Einstellungsweise vollständig klar werden. Das abfließende Wasser hat die Hebamme auf seine Beschaffenheit zu untersuchen.

§. 118.

Stellt sich nach dem Blasensprung bei der Kreißenden der Trieb zum Mitpressen ein, so kann die Hebamme ihr das erleichtern, indem sie an die Bettpfosten ein Tuch befestigt, dessen Enden die Kreißende in die Hände nimmt. Auch wird der Gebärenden, welche bis zum Einschneiden des Kopfes in der Regel die Rückenlage einzunehmen hat, durch Einschieben von einer Rolle unter das Kreuz größere Bequemlichkeit geschafft.

Ein Unterstützen der Kreuzgegend dagegen durch die Hände der Hebamme ist nicht zweckmäßig. Die Hebamme soll die Kraft ihrer Hände schonen für die weiteren Hülfeleistungen, welche sie für Mutter und Kind noch zu machen hat.

§. 119.

Sobald die Austreibungszeit begonnen hat, darf die Kreißende in der Regel das Bett nicht mehr verlassen. Die Art, in welcher sie auf demselben gelagert wird, hängt ab von dem Vorrücken des Kopfes. Steht der Kopf noch hoch, so ist es zweckmäßig, den Oberkörper der Kreißenden durch

untergeschobene Kopfkissen etwas zu erhöhen. Die Lendenwirbelsäule neigt sich dadurch etwas nach vorn und der Kopf wird voll gegen den Beckeneingang angetrieben. Steht der Kopf dagegen schon in der Höhle des kleinen Beckens, so ist die Kreißende tiefer mit dem Kopf zu lagern, damit der vorrückende Schädel aus der Kreuzbeinaushöhlung nach vorne hervordrängt.

§. 120.

Von dem Blasensprunge an hat die Hebamme öfters den Herzschlag des Kindes zu behorchen. Namentlich, wenn ein reichlicher Wasserabfluß stattgehabt hatte, kommt der Blutlauf des Kindes leicht in Gefahr. Dies würde die Hebamme daran erkennen, daß der Herzschlag langsamer und schwächer wird.

§. 121.

Sobald im weiteren Verlauf der Austreibungszeit stärkere Preßwehen auftreten, hat die Hebamme durch Beobachtung des Dammes und der Schamspalte zu beachten, ob der Kopf bald in der Schamspalte sichtbar werden wird. Die Hauptfürsorge der Hebamme ist dann die Erhaltung des Dammes. Hierfür dient:

1. die Seitenlage. Die Hebamme soll der Gebärenden dieselbe geben, sobald der Kopf zum Einschneiden gekommen ist. Die Kreißende wird dabei so gelagert, daß der Steiß nahezu an den Bettrand zu liegen kommt, der Kopf tief gelagert wird und die Beine etwas an den Leib gezogen, aber mäßig gespreizt werden.

Bei erster Schädellage lege die Hebamme die Kreißende auf die linke, bei zweiter Schädellage auf die rechte Seite.

Die Seitenlage hat den großen Vorteil, daß in derselben

der Kreißenden das Mitpressen erschwert, selbst ganz unmöglich gemacht wird. Auch kann die Hebamme bei dieser Lagerung den Damm und den vorrückenden Kindesteil gut übersehen.

2. **Möglichst langsames Durchschneiden des Kopfes.** Je allmälicher dies geschieht, desto gründlicher werden sich Damm und Schamlippen ausdehnen. Die Hebamme suche daher jetzt in keiner Weise die Geburt zu beschleunigen, ermahne vielmehr die Kreißende wiederholt, jedes Drängen nach unten zu unterlassen.

3. Die **Unterstützung des Dammes** geschieht in der Seitenlage der Kreißenden so, wie in der folgenden Figur angegeben ist.



Fig. 24. Die Dammstütze in der Seitenlage.

Die Hebamme setzt sich zu dem Behufe an die Rückseite der Kreißenden neben das Bett und stützt bei linker Seitenlage mit der rechten, bei rechter Seitenlage mit der

der Kreißenden das Mitpressen erschwert, selbst ganz unmöglich gemacht wird. Auch kann die Hebamme bei dieser Lagerung den Damm und den vorrückenden Kindesteil gut übersehen.

2. Möglichst langsames Durchschneiden des Kopfes. Je allmälicher dies geschieht, desto gründlicher werden sich Damm und Schamlippen ausdehnen. Die Hebamme suche daher jetzt in keiner Weise die Geburt zu beschleunigen, ermahne vielmehr die Kreißende wiederholt, jedes Drängen nach unten zu unterlassen.

3. Die Unterstützung des Dammes geschieht in der Seitenlage der Kreißenden so, wie in der folgenden Figur angegeben ist.



Fig. 24. Die Dammstütze in der Seitenlage.

Die Hebamme setzt sich zu dem Behufe an die Rückseite der Kreißenden neben das Bett und stützt bei linker Seitenlage mit der rechten, bei rechter Seitenlage mit der

linken Hand den Damm. Die Finger werden dabei so gelegt, daß der Daumen auf die eine, der Zeigefinger auf die andere Schamlippe, die Hautfalte zwischen Daumen und Zeigefinger auf das Schamlippenbändchen zu liegen kommt. Der Damm ruht dann in der Hohlhand der Hebamme.

Wie stark die Unterstützung des Dammes gemacht werden muß, hängt von seiner Spannung ab. Anfänglich stützt die Hebamme nur während der Wehe, später auch in der Wehenpause. Wenn die Stirn hervortritt, so streift die Hebamme den Damm sanft nach oben und hinten zurück. Wie in der Rückenlage der Damm zu stützen ist, zeigt die folgende Figur.



Fig. 25. Die Dammstütze in der Rückenlage.

Der Ballen der Hand kommt dabei an das Schamlippenbändchen, die Fingerspitzen nach dem After hin zu

liegen. Es ist diese Unterstützung in der Rückenlage weniger bequem und auch deshalb unsicherer, weil man den Damm dabei nicht übersehen kann.

Das bessere Hervortreten des Kopfes fördert die Hebamme zweckmäßig dadurch, daß sie mit der freien Hand das Hinterhaupt sanft unter dem Schambogen etwas hervorleitet. Es tritt dann der Kopf aus der Schamspalte mit etwas schmälerem Durchmesser heraus.

§. 122.

Nach der Geburt des Kopfes läßt die Hebamme die unterstützende Hand am Damm noch so lange liegen, bis auch die Schultern durchgetreten sind.

Mit der freien Hand fühlt die Hebamme an der Rückenfläche des kindlichen Halses, ob die Nabelschnur umschlungen sei. Ist dies der Fall, so suche sie die Schlinge behutsam zu lockern und streife sie über den Kopf des Kindes oder über die vorrückenden Schultern. Ist die Schlinge so fest, daß sie über keinen dieser Teile gestreift werden kann, so halte die Hebamme den vorrückenden Kindeskörper nahe an die Geschlechtsteile der Kreißenden, damit die Nabelschnur nicht gezerrt wird.

§. 123.

Niemals darf die Hebamme das Kind am Kopf hervorziehen wollen. Auch die weitere Austreibung des Rumpfes überlasse sie, wenn irgend möglich, den Wehen oder fordere die Kreißende, wenn dieselbe zu sehr zögert, auf, etwas zu pressen.

Nur in den seltenen Fällen, in welchen die Geburt der Schultern sich so übermäßig verzögert, daß für das

Kind ernste Gefahr entsteht, ziehe die Hebamme die Schultern mit eingehaktem Finger hervor. Sie geht zu diesem Zweck von der Rückenfläche des Kindes aus in die nach hinten stehende Achselhöhle und zieht mit ihrem hakenförmig eingesetzten Zeigefinger diese Schulter hervor.

§. 124.

Sobald das Kind geboren ist, sorge die Hebamme dafür, daß dasselbe frei atmen könne, und entferne den anhaftenden Schleim von Mund und Nase. Zugleich reinige sie dem Kind die Augen, womöglich noch bevor es dieselben geöffnet hat, mittelst reinen Wassers, welches sie in einem Schälchen dazu bereit halten muß.

§. 125.

Das geborene Kind legt die Hebamme auf die Seite mit dem Gesicht nach der Mutter zugekehrt und so nahe an deren Geschlechtsteile, daß die Nabelschnur sich nicht spannt.

Wenn nun nach einer kleinen Weile das Kind regelmäßig zu atmen oder zu schreien angefangen hat, so schreitet die Hebamme zur Unterbindung der Nabelschnur. Dies hat folgendermaßen zu geschehen:

4 Querfingerbreit vom Nabel bindet die Hebamme mit ihrem strohhalmbreiten Leinenbändchen einen einfachen festen Knoten, schlägt dann die Enden des Bändchens auf die andere Seite des Nabelstrangs und bindet hier auch einen einfachen Knoten und darüber eine Schleife.

3 Centimeter von dieser Unterbindungsstelle nach der Mutter zu entfernt, unterbindet die Hebamme die Nabelschnur abermals und hier mit einem doppelten aufeinander gelegten Knoten.

Nach dem Kinde zu wird die Unterbindung deshalb mit einer Schleife gemacht, damit die Hebamme nachher, wenn sie das Kind auf den Schoß genommen, das Band auflösen und dann mit einem festen doppelten Knoten wieder sicher unterbinden kann. Die andere Unterbindung nach der Mutter zu hat den Zweck, daß das Bett vor der Beschmutzung mit Blut behütet und der Mutterkuchen voll und dick erhalten bleiben soll, wodurch seine Ausstoßung gefördert wird.

Nach der zweifachen Unterbindung legt die Hebamme die Nabelschnur quer über den zweiten und dritten Finger der linken Hand und schneidet sie zwischen den beiden Unterbindungen durch.

Jede Zerrung des Nabels ist bei dieser Besorgung der Nabelschnur zu vermeiden.

§. 126.

Nach der Abnabelung schlägt die Hebamme das Kind in ein trockenes gewärmtes Tuch und legt es an einen sicheren Ort oder übergiebt es einer Gehülfin. Sie wendet sich dann wieder zur Entbundenen.

Bei dieser hat sie vor Allem nach dem Blutabgang aus den Geschlechtsteilen zu schauen, die Schamlippen und den Damm mit einem reinen Tuche abzutrocknen, sodann die durchnäßten und blutigen Unterlagen zu entfernen und durch reine zu ersetzen. Sie legt dann ein reines Tuch vor die äußeren Geschlechtsteile, welches das noch abgehende Blut aufzufangen hat, läßt die Entbundene die Beine strecken und sich wagerecht mit geschlossenen Schamteilen lagern. Hierauf fühlt die Hebamme mit zart aufgelegter Hand nach dem Gebärmuttergrund. Hat die Gebärmutter sich gut zu-

sammengezogen, so steht der Muttergrund in der Nähe des Nabels und fühlt sich an wie eine harte Kugel. Ein Druck auf die Gebärmutter ist bei diesem Zufühlen sorgfältig zu vermeiden.

§. 127.

Hat die Hebamme bei der Entbundenen Alles in Ordnung gefunden, so besorgt sie jetzt das Kind.

Das Erste, was sie mit demselben vorzunehmen hat, ist, daß sie es badet.

Das Badewasser soll 35 Grad Celsius warm sein und das Wasser soll den kindlichen Körper mit Ausnahme des Gesichts völlig bedecken. In diesem Bade reinigt die Hebamme das Kind gründlich von dem anhaftenden Kindesschleim, namentlich sorgfältig die tieferen Hautfalten.

Niemals darf die Hebamme die Wärme des Badewassers allein mit der Hand prüfen. Es ist das zu unzuverlässig; hat sie das Badethermometer nicht zur Hand, so prüfe sie das Wasser mit dem hineingetauchten Ellenbogen. Bei dem Baden besichtige die Hebamme zugleich das Kind genau, ob es wohlgebildet ist, namentlich, ob nicht After oder Harnröhre verschlossen sind.

§. 128.

Nach dem Bade legt die Hebamme das Kind in ein gewärmtes Tuch, lockert nun die Unterbindungsschleife an der Nabelschnur und macht statt dieser einen festen Knoten.

Den Nabelschnurrest legt sie sodann in ein mit Vaselin bestrichenes Läppchen oder in entfettete Watte und schlägt dies auf die linke Seite des Bauches. Darüber legt sie mäßig fest eine Nabelbinde an. Bei der weiteren Bekleidung

des Kindes ist darauf zu achten, daß die Wickelschnur nicht zu fest angelegt wird und daß die Arme frei bleiben.

Das angekleidete Kind legt die Hebamme in sein gewärmtes Bett und zwar immer auf die Seite.

§. 129.

Die Ausstoßung der Nachgeburt hat die Hebamme in der Regel der Natur zu überlassen und zwar merke sie sich, daß, je weniger sie an der Gebärmutter rührt, um desto glatter meistens die Nachgeburtszeit verlaufen wird. Allerdings hat die Hebamme, während sie das Kind besorgt, die Entbundene nicht aus den Augen zu verlieren, aber ein häufigeres Berühren der Gebärmutter unterlasse sie durchaus, so lange es der Entbundenen gut geht, und schaue lieber auf dem vor den Geschlechtsteilen liegenden Tuch zeitweise nach, um sich über die Menge des abgehenden Blutes zu unterrichten.

§. 130.

Auf das Heraustreten der Nachgeburt wird die Hebamme meistens durch die Entbundene selbst aufmerksam gemacht werden, indem diese angiebt, daß sie wieder Drängen nach unten empfindet. Auch wird die Hebamme dann sehen, daß die Schamspalte sich wieder ein wenig öffnet.

Ist das so weit gekommen, so wird, wenn die Entbundene nun leicht preßt, die Nachgeburt aus der Schamspalte hervorgleiten. Die Hebamme fängt dann dieselbe in den Händen oder in einer vorgehaltenen Schüssel auf und sorgt, daß, während der Mutterkuchen austritt, die Eihäute nicht gezerrt werden. Sitzen die Eihäute noch als Strang in der Scheide, so kann die Hebamme ihr Hervorgleiten durch

sanftes Umdrehen der Nachgeburt erleichtern. Jegliches Zerreißen des Eihautstrangs ist sorgfältig zu verhüten.

§. 131.

Niemals darf die Hebamme an der Nabelschnur den Mutterkuchen aus der Scheide hervorzerren. Nur dann, wenn die Nachgeburt bereits in der Schamspalte sichtbar geworden ist, darf die Nabelschnur sanft angezogen werden.

§. 132.

Falls eine halbe Stunde nach der Geburt des Kindes verstrichen ist, ohne daß die Nachgeburt geboren wurde, so darf die Hebamme den äußeren Handgriff machen. Dies soll in nachstehender Weise ausgeführt werden.

Nachdem für Ausleerung des Urins gesorgt ist, setzt sich die Hebamme auf den Bettrand oder neben das Bett der Entbundenen, ihr Gesicht dem Gesicht der Frau zugewendet. Sie läßt dann die Entbundene die Kniee etwas spreizen, schlägt die Decke zurück und schiebt ein Gefäß zum Auffangen der Nachgeburt vor die Geschlechtsteile. Die Hebamme sucht sich sodann mit beiden flach auf den Leib gelegten Händen den Gebärmuttergrund. Sie wird die harte Kugel desselben durchweg leicht von den sich weich anfühlenden Gedärmen unterscheiden können. War der Muttergrund nach einer Seite abgewichen, so schiebt die Hebamme ihn in die Mittellinie.

Die Hebamme umfaßt nun den Muttergrund mit beiden Händen so, daß sie ihn voll in ihre Hohlhand bekommt und daß die Fingerspitzen auf die hintere Wand der Gebärmutter hinüberreichen.

Mit den solchergestalt sanft aufgelegten Händen wartet die Hebamme eine Nachgeburtswehe ab. Ist diese eingetreten, so drückt die Hebamme den oberen Teil der Gebärmutter wie eine Citrone zusammen. Sieht sie dabei gleichzeitig nach der zwischen den Schamteilen hervorhängenden Nabelschnur, so wird sie bemerken, daß diese sich vortreibt, indem durch den Druck von oben das Blut in die Nabelschnur hinabgetrieben wird. Bemerkt die Hebamme diese Einwirkung auf die Nabelschnur nicht, so prüfe sie wiederholt, ob sie äußerlich auch richtig die Gebärmutter umfaßt hat und nicht vielmehr ihr diese unter den Händen entschlüpft ist.

In der Regel wird schon bei einmaligem Druck auf die Gebärmutter, falls dieser geschickt ausgeführt wird, die Nachgeburt in der Schamspalte zum Vorschein kommen. Reicht aber dieser erste Druck nicht aus, so warte die Hebamme eine zweite, dritte Wehe ab und wiederhole dann den Handgriff.

Niemals drücke die Hebamme auf die Gebärmutter in der wehenfreien Zeit und niemals wende die Hebamme eine starke Gewalt auf die Gebärmutter an.

Tritt die Nachgeburt aus der Schamspalte hervor, so fange die Hebamme sie dort, wie angegeben, mit den Händen auf.

§. 133.

Die ausgestoßene Nachgeburt betrachtet die Hebamme genau und sieht nach, ob kein Stück von dem Mutterkuchen fehlt und ob die Eihäute vollständig ausgestoßen worden sind. Wäre dies nicht der Fall, so würde der Arzt zu benachrichtigen und bis zu seiner Ankunft die Nachgeburt aufzubewahren sein.

§. 134.

Nach Ausstoßung der Nachgeburt hat die Hebamme die äußeren Geschlechtsteile der Entbundenen, am besten in der Seitenlage, zu besichtigen und nachzuschauen, ob ein Dammriß vorhanden ist. Sie spült dabei die Geschlechtsteile mit lauwarmem, vorher durchgekochtem reinem Wasser ab und entfernt das etwa anklebende Blut durch vorsichtiges Abtupfen mit reiner Leinewand oder Watte. Bei allen Dammrissen ist die sofortige Vereinigung der Naht empfehlenswerth, unbedingt aber erfordert jeder größere Dammriß die Zuziehung eines Arztes.

Gleichwie die Geschlechtsteile, so sind auch die Schenkel, Hinterbacken und Kreuzgegend von etwa anhaftendem Blut gründlich zu säubern.

Sodann fühlt die Hebamme äußerlich nach, ob der Muttergrund in der Nabelgegend als harte Kugel zu fühlen ist und legt der Entbundenen eine Leibbinde um, wozu sie ein reines gewärmtes Handtuch benutzen kann. Die Entbundene wird nun in die Rückenlage gebracht und vor die Geschlechtsteile ein Stück reine entfettete Watte und darüber ein Stopftuch gelegt, dessen einer Zipfel nach oben auf den Leib unter die Binde hinaufgeschlagen wird. Die Schenkel der Entbundenen sind dann zusammenzuschließen und die Beine gestreckt zu halten.

§. 135.

War die Entbundene durch den Geburtsverlauf angegriffen, so giebt ihr die Hebamme etwas warmes Getränk. War ihr Hemd und Nachtjacke beschmutzt, so sind dieselben durch neue gewärmte Kleidungsstücke zu ersetzen. Konnten die Unterlagen des Betts nicht vollständig vor Durchnässung

von Blut und Fruchtwasser geschützt werden, so sind sie zu erneuern oder die Entbundene in ein anderes erwärmtes Bett hinüberzuheben.

Niemals darf die Hebamme die Entbundene früher als 2 Stunden nach der Geburt des Kindes verlassen und sorgfältig hat sie während dieser Zeit das Befinden der Entbundenen, insbesondere den Blutabgang, zu beobachten.

Dritter Abschnitt.

Von dem regelmäßigen Wochenbett und dem Verhalten der Hebamme dabei.

---

1. Die Veränderungen des mütterlichen Körpers im Wochenbett.

§. 136.

In dem Wochenbett werden alle die Veränderungen wieder rückgängig, welche während der Schwangerschaft sich in den Geschlechtsteilen ausgebildet hatten; nimmt das Wochenbett einen gesundheitsgemäßen Verlauf, so erfolgt diese Rückbildung, ohne Störung im Befinden der Wöchnerin zu verursachen. In der Regel nimmt man an, daß 6 Wochen nach der Geburt des Kindes dieser Vorgang abgelaufen ist, und die Geschlechtsteile dann die Beschaffenheit erreicht haben, welche sie für die folgende Zeit behalten.

Gleichzeitig mit dem Beginn der Zurückbildung der Geschlechtsteile tritt in den Brüsten durch die Absonderung der Milch eine erhöhte Thätigkeit auf.

§. 137.

Nach Ausstoßung der Nachgeburt steht der Muttergrund in der Höhe des Nabels, eng an der vorderen Bauchwand anliegend. Derselbe fühlt sich hart an, weil dort die Muskeln fest zusammengezogen sind.

Anders ist es am Mutterhals und Muttermund. Dort

ist die Frucht durch einen engen Kanal hindurchgetrieben und dabei sind die Muskelfasern stark gedehnt und stellenweise eingerissen. Hier sind daher die Gebärmutterwände schlaff und klaffend.

In gleich gedehntem Zustand befindet sich auch die Scheide. Dort sind die Falten bei dem Durchgange des Kindes vollständig verstrichen und an den engeren Teilen der Scheide, insbesondere am Scheideneingang, zeigt die Schleimhaut häufig kleine Einrisse.

§. 138.

In den ersten 10 Tagen des Wochenbetts verkleinert sich die Gebärmutter so weit, daß sie von der Nabelhöhe bis in den Beckeneingang hinabrückt und an dem zehnten Tage äußerlich über der Schamfuge nicht mehr zu fühlen ist. Dabei behält sie eine vornüber geneigte Haltung, so daß man mit der äußerlich aufgelegten Hand über den Muttergrund auf die hintere Wand der Gebärmutter hinübergreifen kann.

In den ersten Tagen des Wochenbetts liegt der Muttergrund noch eng an der Bauchwand an, vom vierten bis fünften Tage pflegen sich Darmschlingen vor die Gebärmutter hinzulagern.

Die Verkleinerung der Gebärmutter geschieht durch Zusammenziehung, die sogenannten Nachwehen und später durch Schrumpfung. In den ersten Tagen des Wochenbetts, so lange das Muskelfleisch der Gebärmutter noch kräftig ist, geschieht sie rascher, später langsamer. Bei ganz regelmäßigem Wochenbett muß die fortschreitende Verkleinerung von Tag zu Tag zu bemerken sein.

§. 139.

Während die Gebärmutter täglich weiter nach dem

kleinen Becken zu hinabsinkt, bildet sich zugleich der Scheidenteil wieder nach und nach hervor. Auch bekommt die Schleimhaut der Scheide wieder leichte Falten und unten zieht sich der stark gedehnte Damm wieder annähernd auf seine frühere Länge zurück.

§. 140.

Diese Vorgänge sind von einem Ausfluß aus den Geschlechtsteilen, der sogenannten Wochenreinigung begleitet.

Von der inneren Fläche der Gebärmutterhöhle hat sich bei Ausstoßung der Nachgeburt der Mutterkuchen und die Siebhaut abgelöst und in dieser ganzen Ausdehnung ist die Innenfläche wund geworden. Dabei sind größere Adern, insbesondere dort, wo der Mutterkuchen saß, eröffnet worden.

Gleich nach der Geburt folgt daher zunächst eine rein blutige Ausscheidung, die rote Wochenreinigung. Die Menge und Dauer derselben ist davon abhängig, wie rasch und wie vollständig die Zusammenziehung der Gebärmutter die offenen Aderstämme schließt. Nimmt die Blutbeimischung ab, so wird der Ausfluß bräunlich, vom fünften bis sechsten Tage an gelblich und dann heller, die weiße Wochenreinigung. Sobald die Beimengung von Blut gänzlich aus dem Wochenfluß geschwunden ist, kann man annehmen, daß die Wunden an der Innenfläche der Gebärmutter überhäutet sind. Der Wochenfluß hat einen faden süßlichen Geruch, niemals aber riecht er bei einer gesunden Wöchnerin faulig.

§. 141.

Die Gebärmutterbänder, welche zu Ende der Schwangerschaft stark gedehnt waren, ziehen sich im Wochenbett bei

der Verkleinerung der Gebärmutter ebenfalls zusammen. In den ersten Tagen des Wochenbettes sind sie noch sehr schlaff und vermögen die Gebärmutter nicht in einer festen Lage zu erhalten. Man kann dann den Muttergrund im Bauche leicht hin und her schieben und beobachtet auch oft, wie je nach der Lage der Wöchnerin die Gebärmutter sich nach der einen oder anderen Seite neigt. Erst wenn die Gebärmutter in das kleine Becken herabgesunken ist, findet sie an den Wänden des knöchernen Beckens Halt.

Auch die Anfüllung von Harnblase und Mastdarm ist auf die Stellung der Gebärmutter im Wochenbett sehr von Einfluß. Ist die Harnblase voll, so schiebt sie, gleich wie ein weiches Polster, die Gebärmutter in die Höhe, und dasselbe ist der Fall, wenn der untere Teil des Mastdarms von Kot angefüllt ist. Ueber den richtigen Stand des Muttergrundes läßt sich daher erst urteilen, nachdem Harnblase und Mastdarm vorher entleert worden sind.

§. 142.

Auf der Haut der Wöchnerin pflegt sich eine reichliche Schweißabsonderung einzustellen. Der Puls einer gesunden Wöchnerin ist ruhig, die Temperatur des Körpers nicht erhöht. Stuhlgang erfolgt in der Regel erst am dritten Tage.

§. 143.

Die Milchabsonderung in den Brüsten, welche sich schon während der Schwangerschaft vorbereitet hatte, wird am zweiten oder dritten Tage des Wochenbetts reichlicher. Eine Störung im Befinden der Wöchnerin pflegt mit dem Eintreten reichlicherer Absonderung nicht verbunden zu sein.

In den ersten Tagen ist die aus der Warze heraus-

genaues Zeit u. Temperatur anzugeben!

tretende Milch noch nicht gleichmäßig durchgemischt, sondern teils wässerig dünn, teils mit gelben Fettstreifen durchsetzt, später wird sie weißbläulich und süßer.

2. Von den Kennzeichen einer überstandenen Geburt.

§. 144.

Eine überstandene Geburt wird die Hebamme leicht erkennen können, wenn erst wenige Tage seit derselben verstrichen sind. In der Ermattung der Wöchnerin, in der Milchabsonderung der Brüste, in der Schlaffheit der Bauchdecken läßt der Vorgang der Geburt deutliche Spuren zurück.

Die Hauptzeichen wird die Hebamme indes an den Geschlechtsteilen finden. Sie wird äußerlich den Gebärmuttergrund fühlen können, falls noch nicht eine Woche seit der Niederkunft verstrichen war, und wird bei der inneren Untersuchung fühlen, daß der Scheidenteil kurz, weich und schlaff und der Mutterhals für den Finger durchgängig ist. Auch wird sich dabei die Absonderung des Wochenflusses deutlich bemerkbar machen. An dem Schamlippenbändchen und im Scheideneingang werden kleine Einrisse und an den Bauchdecken die Schwangerschaftsstreifen zu bemerken sein.

§. 145.

Krankhafte Zustände können zwar auch gelegentlich zu ähnlichen Veränderungen in den Geschlechtsteilen führen, es wird sich dann aber in der Regel feststellen lassen, daß die untersuchte Person schon früher eine gestörte Gesundheit gehabt hatte.

In jedem Fall wird die Hebamme, falls sie eine Person auf eine stattgehabte Niederkunft zu untersuchen hatte, ihren Ausspruch darüber immer vorsichtig zu fassen haben. Glaubt sie z. B. erkannt zu haben, daß die Betreffende vor 3—4 Tagen geboren haben müsse, so wird sie doch nur sagen dürfen: der Befund, welchen ich gewonnen habe, ist so, wie bei einer Wöchnerin am dritten bis vierten Tage des Wochenbetts.

3. Von den Lebensäußerungen des neugeborenen Kindes.

§. 146.

Das neugeborene Kind zeigt in den ersten Lebenstagen große Neigung zum Schlaf. Ein Hungergefühl stellt sich bei demselben im Laufe des ersten Lebenstages noch nicht ein. Im Mutterleibe ist das Kind durch den Blutlauf im Mutterkuchen so ausgiebig genährt worden, daß ein Bedürfnis nach Nahrung in den ersten Lebensstunden von dem Kinde gar nicht geäußert wird.

Am zweiten Lebenstage tritt das Nahrungsbedürfnis schon etwas hervor und vom dritten Tage an giebt das Kind das Verlangen, zu trinken, wiederholt den Tag über zu erkennen.

§. 147.

In den ersten Tagen wird von dem Neugeborenen das Kindspech ausgeleert. Vom vierten Tage an nehmen die Darmausleerungen bei den an der Brust genährten Kindern

mehr eine gelbe Farbe an und sind in den späteren Wochen goldgelb und von gleichmäßiger, breiiger Beschaffenheit.

Den Urin entleert das Kind, wenn nicht schon während der Geburt, bald nach derselben.

Derselbe ist von dünner Beschaffenheit und sehr heller Farbe. Wie häufig derselbe entleert wird, hängt von der Menge der aufgenommenen Nahrung ab.

§. 148.

Die Haut des Neugeborenen ist meistens trocken und schuppt sich in den ersten Lebenswochen oft an vielen Stellen ab.

Zu Ende der ersten Lebenswoche zeigt sich bei den meisten Kindern eine gelbliche Verfärbung der Haut, bisweilen auch selbst der Augen, das Befinden des Kindes wird aber durch diese Gelbsucht, falls nicht die Ernährung sehr leidet, nicht gestört.

§. 149.

Der Nabelschnurrest trocknet in den ersten Tagen zu einem dünnen, immer dunkler werdenden Strange ein. Gegen den fünften Lebenstag pflegt er abgestoßen zu werden. Am Nabel haben sich dann rote Fleischwärzchen gebildet, welche etwas Feuchtigkeit absondern, und unter diesen Wärzchen pflegt die Nabelwunde bald zu verheilen, worauf sich die Oberhaut über dieselbe zusammenschließt.

§. 150.

Das neugeborene Kind nimmt in den ersten 3 Lebenstagen an Gewicht ab. Es kommt dies daher, daß es dann noch wenig trinkt, aber viel ausleert. Zu Ende der ersten

Lebenswoche hat es indes, falls es gut ernährt wurde, sein Anfangsgewicht wieder erreicht. In den folgenden Wochen nimmt es durchschnittlich 18 g täglich an Gewicht zu.

§. 151.

Die Sinnesäußerungen sind beim neugeborenen Kinde noch sehr unentwickelt. Hören kann das Kind in den ersten Lebenstagen gar nicht, Empfindlichkeit gegen Licht ist auch anfänglich nicht vorhanden, der Geschmack ist noch ganz unentwickelt, da das Kind die salzige erste Milch ebenso gern nimmt, wie später die süße, ebenso auch die Empfindung des Geruchs. Berührung fühlt das neugeborene Kind. Es ist dies eine Empfindung, welche es schon vor der Geburt hat üben können. Die Empfindung von Schmerzen ist in den ersten Lebenswochen nur andeutungsweise zu bemerken, Hungergefühl wird dagegen von dem Kinde kräftig geäußert.

4. Die Pflege der Mutter und des Kindes.

§. 152.

Jede Entbundene bedarf sorgsamer Schonung. Der Vorgang der Geburt läßt, selbst wenn derselbe leicht verlaufen war, doch stets bei der Wöchnerin ein Gefühl der Ermattung und in den Geschlechtsteilen zahlreiche Wunden zurück. Eine Wöchnerin ist daher leichter als eine Andere zur Erkrankung geneigt und nur bei sorgfältiger Pflege derselben und bei voller Ruhe von Körper und Geist kann man auf die ungestörte Wiederherstellung ihrer vollen Gesundheit rechnen. Dies möge die Hebamme beherzigen und darnach ihre Fürsorge für die Wöchnerin einrichten.

§. 153.

Bis zu dem achten Tage soll die Hebamme die Wöchnerin, wenn irgend möglich, täglich besuchen.

Gleich nach der Geburt empfindet die Entbundene das Bedürfnis nach stärkendem Schlaf und die Hebamme soll dafür sorgen, daß die Wöchnerin denselben ungestört genießen kann. Bei dem ersten Wochenbesuch wird es die erste Frage der Hebamme sein, ob die Wöchnerin sich erholt fühlt und ob sie nach der Entbindung mehrere Stunden erquickenden Schlafs genossen hat.

§. 154.

Reine Luft ist für die Gesundheit der Wöchnerin unbedingt erforderlich. Niemals dulde die Hebamme, daß die Frau in einem Zimmer liegt, welches von Wochendunst erfüllt ist, sondern beachte, was ihr im §. 111. über die Fürsorge für reine Zimmerluft gesagt ist. Nur zu leicht sind viele Frauen geneigt, durch Verhängen von Fenstern und Thüren dem Wochenzimmer den Zutritt frischer Außenluft abzuschneiden und doch ist in keinem Zimmer die Luft so leicht der Verderbnis ausgesetzt als in demjenigen, in welchem eine Wöchnerin mit ihrem Kinde liegt. Die Temperatur des Zimmers sei 17 Grad Celsius; jegliches Räuchermittel, sowie Alles, was die Luft verderben kann, sei aus demselben verbannt.

§. 155.

Strenge Reinlichkeit ist nicht minder dazu erforderlich. Durch den Wochenfluß, durch die ausfließende Milch, durch die Ausleerungen des Kindes werden Bettwäsche wie Kleider der Wöchnerin leicht beschmutzt. Die Hebamme hat dafür

zu sorgen, daß alle solche beschmutzten Gegenstände aus dem Wochenzimmer entfernt werden und nicht etwa dort zurückbleiben, bis sie übeln Geruch annehmen. Das Wechseln der Leibwäsche ist, wenn dieselbe vorher gewärmt wurde, für die Wöchnerin ganz unbedenklich. Eine geschickte Hebamme wird das auch so zu machen wissen, daß die Wöchnerin dabei nur sehr wenig gerührt wird.

§. 156.

Eine jede Wöchnerin soll mindestens 9 Tage zu Bett liegen und am 10. Tage das Bett zunächst nur auf ½ Stunde verlassen. Die Notwendigkeit dieser Anordnung wird die Hebamme einsehen, wenn sie erwägt, was oben über die Verkleinerung der Gebärmutter gesagt worden ist. Findet die Hebamme dabei Widerstand seitens der Wöchnerin oder deren Angehörigen, so lehne sie jede Verantwortung für die Folgen ab.

Auch nach dem Aufstehn hat sich die Wöchnerin schwerer Arbeit mindestens 14 Tage noch zu enthalten. So lange die Befestigungen der Gebärmutter und der Scheide nicht wieder straff geworden sind, würden schwere körperliche Anstrengungen nur schaden können. Des Beischlafs hat die Wöchnerin sich mindestens 6 Wochen nach der Geburt zu enthalten.

§. 157.

Auch dafür, daß die Ruhe des Gemüts bei der Wöchnerin nicht gestört werde, sorge die Hebamme nach Kräften. Besuche von Freundinnen sind in den ersten 8 Tagen gänzlich zu verbieten. Ganz besonders ist es nötig, daß die Erstgebärenden, welche immer durch die Geburt erheblicher

soll statt machen.

Fällt zu zählen.

ist überflüssig

angegriffen werden, als die Mehrgebärenden, vor allen Aufregungen durch Unterhaltung von Andern behütet werden. Die Hebamme wird, namentlich auf dem Lande, oft Gelegenheit finden, der Unsitte zahlreicher Wochenbesuche in den ersten Wochen, selbst Tagen, entgegenzutreten. Wo solche Unsitten noch herrschen, sind selten die Hebammen frei von Schuld.

§. 158.

Das feinste Zeichen, an welchem die Hebamme das Befinden der Wöchnerin beurteilen kann, ist die Beobachtung der Körperwärme. Jegliche kleine Störung im Befinden der Wöchnerin verrät sich sofort im Ansteigen derselben. Die Hebamme soll daher ihr Thermometer bei ihren Wochenbesuchen stets mit sich führen.

Hat sie bei ihren Besuchen die Erkundigung nach dem Befinden der Wöchnerin beendet, so thut sie gut, ihr mit der Hand gewärmtes Thermometer der Wöchnerin gleich fest und sicher in die Achselhöhle zu legen. Wenn sie dann mittlerweile das Kind besorgt oder ihre anderen Hülfeleistungen erledigt hat, wird in dem Thermometer das Quecksilber so weit gestiegen sein, daß die Hebamme die Ablesung machen kann. Bis auf 38,5 darf die Körperwärme einer Wöchnerin nicht steigen, wenn sie noch als gesund gelten soll. Wäre sie so hoch oder darüber, so würde die Hinzuziehung eines Arztes zu verlangen sein.

§. 159.

Bei jedem Wochenbesuche hat die Hebamme sich über den Stand des Muttergrundes zu vergewissern. Derselbe muß täglich kleiner zusammengezogen sein und darf niemals

bei der Betastung schmerzen. Die Hebamme benutzt die Gelegenheit dieser Untersuchung zugleich, um die Leibbinde frisch anzulegen, ihre Falten glatt zu ziehen oder sie, wenn sie von Wochenfluß beschmutzt war, durch eine andere zu ersetzen. Oft wird dabei die Hebamme oberhalb der Schamfuge die ausgedehnte Harnblase finden, welche wie ein weiches Polster vor der Gebärmutter liegt. Sie lasse sich dann nicht durch die Angaben der Wöchnerin irre machen, daß sie doch keinen Harndrang fühle, sondern veranlasse die Wöchnerin, den Urin zu entleeren. Klagt die Wöchnerin bei starker Ansammlung des Urins über Harndrang und konnte sie den Urin nicht selbst lassen, so entleere die Hebamme die Blase mittelst wohl desinficirten Katheters.

§. 160.

Von gleicher Wichtigkeit ist die Besichtigung der äußeren Geschlechtsteile. Die Hebamme entferne die vor die Geschlechtsteile gelegte Watte, betrachte den auf dieser befindlichen Wochenfluß, lege dies Wattestück fort und schiebe nun ein Gefäß unter den Steiß, um die äußeren Geschlechtsteile abzuspülen. Hat die Wöchnerin selbst eine saubere Spülkanne, so kann die Hebamme diese benutzen. Ist das nicht der Fall, so füllt die Hebamme ihre eigene Spülkanne mit reinem vorher durchgekochtem Wasser und berieselt die äußeren Geschlechtsteile, ohne die Schamlippen von einander zu entfernen. Sodann trocknet sie die äußeren Geschlechtsteile mit einem reinen Leinwandtuch oder Watte, niemals aber mit einem Schwamm, behutsam ab, zieht das Stopftuch fort, ersetzt dasselbe durch ein anderes und legt einen neuen reinen Wattebausch vor die Geschlechtsteile. Jegliche kleine Wunde oder Quetschung an den äußeren Geschlechtsteilen kann dabei von der Hebamme besichtigt werden.

Ein Auseinanderziehen der Schamlippen, um den Scheideneingang oder die Schleimhaut der Scheide zu besichtigen, soll dagegen von der Hebamme ohne ganz besondern Grund niemals gemacht werden. Insbesondere aber nehme die Hebamme eine innerliche Untersuchung einer Wöchnerin niemals anders als auf besondere Anweisung eines Arztes vor.

Die Erneuerung des vor die Geschlechtsteile gelegten Wattebausches hat so oft zu geschehen, als derselbe von Blut oder Wochenfluß verunreinigt wird. In den ersten Tagen wird das 3—4 mal den Tag über nötig werden und kann daher nicht jedesmal von der Hebamme besorgt werden, später ist es seltener erforderlich. Die Wöchnerin verwendet dazu am besten schneeweiße entfettete Watte, von welcher sie eine größere Menge vorrätig halten muß.

§. 161.

Die Nahrung der Wöchnerin soll derart gewählt werden, daß sie leicht verdaut wird und den Stuhlgang nicht erschwert. Die Hebamme wird sich hierbei einigermaßen nach der früheren Lebensweise der Wöchnerin richten müssen, doch lasse sie in den ersten Tagen des Wochenbettes das Genießen größerer Menge fester Nahrungsmittel niemals zu. Flüssige Nahrung wird viel leichter vertragen und die Hebamme kann eine größere Auswahl davon vorschlagen. Milch, dünne Fleischsuppen, leichter Thee oder Kaffe, Suppen von Gerstenschleim oder Haferschleim, Biersuppen, Limonade, Wein mit Wasser sind der Wöchnerin in den ersten Tagen gern zu gestatten, doch ist niemals viel davon auf einmal zu genießen. Dazu kann etwas Weißbrot oder leichtes Gebäck genommen werden. Säugende Frauen bedürfen eher als andere einer kräftigen Kost.

§. 162.

Für Stuhlgang sorge die Hebamme vom dritten Tage an durch ein Klystier, dies muß in der ersten Zeit täglich wiederholt werden, damit die Wöchnerin sich nicht bei der Stuhlentleerung zu sehr anzustrengen braucht. Der Verordnung von Abführmitteln wie von allen Arzneimitteln hat sich die Hebamme zu enthalten.

§. 163.

Jede gesunde Wöchnerin, welche gute Warzen und hinreichend Milch hat, soll ihr Kind selbst stillen. Es ist das nicht allein für das Kind, sondern auch für die Wöchnerin das Beste, denn bei Säugenden kommen die Geschlechtsteile viel besser zur Verkleinerung und Rückbildung als bei Nichtsäugenden.

Das erste Anlegen des Kindes kann geschehen, sobald die Entbundene sich nach mehrstündigem Schlaf von der Geburt erholt hat. Bekommt dabei das Kind auch nur sehr wenig Milch, so wirkt doch der Reiz des Saugens fördernd auf die demnächstige Absonderung reichlicherer Milch.

Vor dem Anlegen des Kindes ist die Brustwarze zu waschen. Sodann legt sich die Wöchnerin auf die Seite, faßt die Warze zwischen zweiten und dritten Finger und drückt sie dem Kinde in den Mund. Nach dem Trinken ist die Warze wiederum zu waschen. Läuft in den Zwischenstunden des Trinkens Milch aus den Warzen heraus, so ist durch ein übergelegtes Flanelltuch das Hemd vor Durchnässung zu schützen.

§. 164.

War das neugeborene Kind in kräftigem Zustand geboren,



so kann man mit Sicherheit auf sein Gedeihen rechnen, wenn ihm gute Nahrung, gute Luft und Reinlichkeit gewährt wird. Die Hebamme halte diese 3 Hauptdinge bei der Pflege des Kindes fortwährend im Auge. So einfach es scheint, dieselben durchzusetzen, so vielfachem Widerstand und Unkenntnis begegnet man doch in der Praxis.

§. 165.

Die Nahrung, auf welche das Kind von der Natur angewiesen ist, ist die Mutterbrust. Durch keine andere Nahrungsquelle kann diese ersetzt werden. Hat die Wöchnerin in den allerersten Tagen noch nicht genug Milch, so gebe die Hebamme dem Kinde mit dem Theelöffel etwas verdünnte Kuhmilch, nicht dagegen, wie es früher viel geschah, Thees oder Zuckerwasser. Das wäre für das Kind keine passende Nahrung.

In der Darreichung der Mutterbrust muß das Kind von vornherein an eine bestimmte Ordnung gewöhnt werden. Sobald sich nach Ablauf der ersten Lebenstage ein regelmäßiges Nahrungsbedürfnis bei dem Kinde eingestellt hat, ist demselben den Tag über alle 2½ Stunde die Brust zu reichen. Es ist leicht durchzusetzen, daß sich das Kind mit Regelmäßigkeit zu seiner bestimmten Trinkzeit meldet. Sollte es aber gerade schlafen, so braucht man sich nicht im mindesten zu scheuen, das Kind aus dem Schlaf aufzunehmen.

Ist dem Kind in dieser regelmäßigen Weise den Tag über die Nahrung zugeführt worden, so verlangt es in der Regel Nachts keine neue Nahrungsaufnahme, oder wenn das anfänglich noch der Fall war, so vermag man bald ihm das abzugewöhnen.

Die Wohlthat, welche durch solche Art der Erziehung

geschafft wird, wird sich nicht allein im Gedeihen des Kindes, sondern namentlich auch in der Gesundheit der Wöchnerin zeigen.

Für die Erholung der Wöchnerin kann es nicht hoch genug angeschlagen werden, daß dieselbe in ihrem Schlafe des Nachts nicht durch das Kind gestört wird. Man sieht manche Wöchnerinnen, welche gar nicht ihre frühere Kraft wieder erreichen können; erkundigt man sich nach den Ursachen, so erfährt man, daß die Wöchnerin keine Nacht ruhigen Schlaf genießt, daß das Kind bald in der Nacht angelegt, dann wieder umhergetragen wird und daß in seiner Umgebung Niemand recht zur Ruhe kommt. Ist das schon soweit gediehen, so lag der Fehler eben in der falschen Behandlung des Kindes. Man soll das Kind nicht daran gewöhnen, daß es aufgenommen wird, sobald es schreit, dasselbe soll regelmäßig trinken und regelmäßig schlafen.

§. 166.

Als Lager für das Kind ist eine besondere Bettstelle das beste. Zu der Mutter soll es nicht in das Bett gelegt werden, auch soll es nicht über die Zeit des Trinkens hinaus in dem Bette der Mutter gelassen werden. Für das Kind ist es nicht gut, wenn es mit den Ausdünstungen und dem Wochenfluß der Mutter in zu vielfache Berührung kommt, auch ist es schon dann und wann vorgekommen, daß eine Mutter im Schlaf das neben ihr im Bett liegende Kind erdrückt hat. Fehlt eine Bettstelle, so nehme man einen Korb oder einen Kinderwagen. Wiegen sind ebenso überflüssig wie das Herumtragen der Kinder.

§. 167.

In dem Bett soll das Kind immer auf die Seite ge-

legt werden. Neugeborene Kinder brechen leicht, da ihr Magen noch wenig Milch zu fassen vermag, und von dem Erbrochenen könnte in der Rückenlage leicht etwas in die Luftröhre dringen.

Dem Kinde in seinem Lager das Licht zu verhängen, ist nicht erforderlich und, falls der Zutritt frischer Luft damit erschwert wird, selbst schädlich. Den Augen des Neugeborenen schadet der Hinzutritt des Lichtes nicht.

§. 168.

Die Bekleidung des Kindes soll so eingerichtet werden, daß dasselbe die Gliedmaßen bewegen kann. Ein Hemd, Jäckchen, Nabelbinde, Windel, Flanelltuch und Wickelschnur sind erforderlich. Beim Anlegen der Wickelschnur sind die Arme frei zu lassen. Ob der Kopf mit einem Häubchen bekleidet wird oder unbedeckt bleibt, ist gleichgültig.

Der Nabelschnurrest ist bis zur Zeit seines Abfalls täglich in ein neues mit Vaselin bestrichenes Läppchen einzuschlagen. Ist derselbe abgefallen, so kommt in den ersten Tagen das Läppchen auf die Nabelwunde und wird dort durch die Nabelbinde befestigt. Diese Besorgung des Nabels macht die Hebamme bei ihren Wochenbesuchen am besten, bevor sie die Geschlechtsteile oder die Unterlagen der Wöchnerin irgendwie berührt hat. Es wäre sehr gefährlich, wenn sie von dem Ausfluß der Wöchnerin etwas auf die Nabelwunde des Kindes übertrüge. Hatte die Hebamme es aber nicht vermeiden können, zuerst die Reinigung der Wöchnerin zu besorgen, so wasche sie jedesmal ihre Hände und Arme gründlich mit 3 prozentigem Karbolwasser, bevor sie an dem Nabelverbande des Kindes rührt.

§. 169.

Von großer Bedeutung ist die sorgfältigste Reinhaltung des Kindes. Vor und nach dem jedesmaligen Trinken soll dem Kinde in sanfter Weise der Mund abgewaschen werden. Hat es sich naß gemacht, so soll es trocken gelegt, und hat es sich beschmutzt, so soll es gereinigt werden. Dies ist auch das einzige sichere Mittel, um Wundwerden des Kindes zu verhüten. Wie bei dem Waschen des Kindes zu verfahren ist, hat die Hebamme der Wöchnerin oder der Gehülfin derselben zu zeigen, bei ihren Besuchen hat sie es selbst zu machen. Die Kinder, welche daran gewöhnt werden, daß für ihre Reinigung gesorgt wird, geben es bald durch Unruhe zu erkennen, wenn sie naß oder schmutzig geworden sind.

Weitaus die gründlichste Art der Reinigung ist die im Bade. Kann die Mutter sich irgend eine Badewanne verschaffen, so dringe die Hebamme darauf, daß sie das thue. Der Aufenthalt im Bade wird dem Kinde bald zur behaglichsten Zeit des Tages. Nirgends kann man auch besser das Kind beobachten, als wenn man es nackt im Bade vor sich sieht. Die Wärme des Wassers soll in den ersten Lebenswochen 36 Grad Celsius sein, später darf man sie etwas niedriger nehmen. Für die Gesundheit des Kindes ist es sehr wünschenswert, daß das Baden das ganze erste Lebensjahr hindurch täglich fortgesetzt wird. +

§ 170.

Ob das Kind an der Brust gedeiht, erkennt man am besten an seinem zunehmenden Gewicht. Alle andern Zeichen sind weniger sicher. Die Hebamme sei möglichst bestrebt, auf regelmäßig wiederholte Wägungen des Kindes zu dringen. In jeder Woche soll es etwa 120 Gramm zunehmen.

Andere erwünschte Zeichen sind, daß es ruhig ist, sich häufig naß macht, goldgelbe Stuhlausleerungen zeigt und daß die Haut an Rumpf und Gliedmaßen sich stramm anfühlt.

§. 171.

An der Brust soll das Kind die ersten 9 Monate seines Lebens genährt werden. In dem Hervorwachsen der Zähne, welches meistens im siebenten Monate seinen Anfang nimmt, giebt die Natur den Fingerzeig, daß das Kind allmählich auch festere Nahrung erhalten darf.

Die Säugende pflegt, so lange sie das Kind an der Brust hat, die monatliche Regel nicht zu bekommen. Tritt das dennoch ein, so braucht das Kind nicht gleich deshalb abgesetzt zu werden. Ob dies nötig wird in den Tagen der Regel und ob dem Kind dann eine andere Nahrung eingeschoben werden soll, wird sich an der veränderten Beschaffenheit der Stuhlausleerungen und an der Unruhe des Kindes leicht erweisen. Liegen solche Zeichen nicht vor, so lasse man das Kind auch während der monatlichen Regel ruhig trinken.

§. 172.

Kann die eigne Mutter ihr Kind nicht stillen, so ist eine Amme der geeignetste Ersatz.

Die Auswahl einer Amme soll die Hebamme immer dem Arzte überlassen. Ob die Amme von allen Krankheiten frei ist, vermag nur dieser, nicht aber die Hebamme zu erkennen.

Nur der Aufmerksamkeit des Arztes darf die Hebamme die eine oder andere Amme empfehlen, welche sie für geeignet glaubt. Reinlich aussehende Personen mit wohlbe-

schaffenen Warzen und gut gediehenem Säugling sind dabei besonders in das Auge zu fassen.

Die Amme hat, wenn sie ihren Dienst angetreten, thunlichst die Lebensweise weiter zu führen, bei welcher sie sich früher wohlbefand, namentlich aber eine solche Nahrung zu bekommen, welche ihr früher schon dienlich war. Die Hebamme wird oft Veranlassung haben, Familien, welche eine Amme angenommen haben, hierauf hinzuweisen.

§. 173.

Kann eine Amme nicht beschafft werden, so ist das Kind mit Kuhmilch aufzufüttern.

Bei solcher Auffütterung ist außerordentliche Sorgfalt nötig, wenn das Kind ohne Gefährdung über das erste Lebensjahr hinwegkommen soll.

Die Kuhmilch wählt man deshalb am liebsten, weil sie am leichtesten zu beschaffen ist, doch sind auch andere Milchsorten zulässig.

Man wählt dieselbe von einer Kuh, welche gleichmäßig mit Grünfutter oder Heu, nicht aber mit Kohl, Rüben oder Schlempe gefüttert wird und muß die Milch täglich 2 mal frisch beziehen. Die Milch wird durchgekocht und im Saugglas gegeben.

In den ersten 4 Wochen verdünnt man die Milch mit 2 Teilen Wasser, später setzt man allmählich etwas weniger Wasser zu. Mit 6 Monaten darf das Kind die Milch schon unverdünnt erhalten. Daneben ist der Milch jedesmal eine kleine Gabe Zucker beizufügen.

§. 174.

Das Saugglas und der auf demselben sitzende Saug-

pfropfen sind äußerst sauber zu halten, nach jedem Gebrauch ins Wasser zu legen und sodann gründlich zu reinigen.

Auch achte die Hebamme sehr darauf, daß das Loch in dem Saugstopfen nicht zu groß gemacht wird. Ist das der Fall, so stürzt die Milch viel zu rasch dem Kinde zu und wird unter Beschwerden bald wieder erbrochen. Die Oeffnung im Saugstopfen darf nur so groß sein, daß, wenn man die Saugflasche auf den Kopf hält, ein Tropfen nach dem andern ganz langsam aus derselben hervortropft. Die darzureichende Milch muß mindestens eine viertel Stunde lang gekocht sein.

Daß die Milch körperwarm, also in einer Wärme von 36—37 Grad Celsius gegeben werden muß, versteht sich von selbst. Bei länger dauerndem Trinken des Kindes ist dafür zu sorgen, daß die Milch sich während des Trinkens nicht zu sehr abkühlt.

§. 175.

Von der Empfehlung anderer Nährmittel für Kinder in den ersten Lebensmonaten soll die Hebamme sich fern halten. Darüber darf nur der Arzt bestimmen.

Dritter Teil.

Von den unregelmäßigen Kindeslagen.

§. 176.

Alle Kindeslagen, bei welchen nicht der Schädel auf dem Beckeneingang vorliegt, bezeichnen wir als unregelmäßige Kindeslagen. Wenn die Hebamme eine solche Lage erkannt hat, so hat sie einen Arzt zu rufen, denn, wenngleich solche Geburten auch durch die Naturkräfte allein glücklich vollendet werden können, so treten doch leicht bei ihnen Zufälle ein, welche Kunsthilfe erfordern.

1. Die Gesichtslagen.

§. 177.

Auf ungefähr 200 Geburten kommt 1 mal eine Gesichtslage vor.

Die Gesichtslagen entstehen aus den Schädellagen während der Geburt, indem sich das Hinterhaupt an der Wand des Mutterhalses oder am Rande des Beckeneingangs aufstemmt.

Steht der Rücken links, so ist es erste Gesichtslage, steht derselbe rechts, so nennen wir es zweite Gesichtslage.

Die erste Gesichtslage ist häufiger, gleichwie auch die erste Schädellage häufiger ist als die zweite.

§. 178.

Bei der Gesichtslage ist das Kinn von der Brust entfernt und das Hinterhaupt in den Nacken geschlagen. Infolge davon hat sich die Brust des Kindes vorgewölbt, während der Rücken eingezogen ist. Die Haltung der Beine



Fig. 26. Erste Gesichtslage.

ist gleich wie bei den Schädellagen. Das Gesicht tritt in den Beckeneingang in den queren oder schrägen Durchmesser desselben. Die Stirn steht anfangs tief, das Kinn hoch zur Seite. Im weitern Verlaufe der Geburt tritt das Kinn tiefer herab und rückt zugleich nach vorn. Der Austritt erfolgt so, daß das Kinn unter dem Schambogen zum Vorschein kommt und sich dort anstemmt, worauf die Stirn

und der Scheitel hinten über den Damm hervorgewälzt werden. In anderer Weise ist der Austritt eines reifen Kindes bei Gesichtslage nicht möglich, immer muß erst das Kinn sich nach vorn gedreht haben.

Die Backen, Augenlider und Lippen des Kindes pflegen bei diesem Austritt stark anzuschwellen und sehen an dem frischgeborenen Kinde dick, bläulich, blutrünstig aus. Dies pflegt in den ersten Lebenstagen wieder zu vergehen. Der Scheitel des Kindes wird abgeflacht, der Kopf erscheint daher langgedehnt.

§. 179.

Gesichtsgeburten pflegen länger zu dauern, als Schädelgeburten, die Eiblase springt früher, das Wasser geht reichlicher ab, das vorliegende Gesicht eröffnet die weichen Geburtsteile nicht so gut als der Schädel. Auch ist das häufig eine Ursache zur Verzögerung, daß ein enges Becken der Gesichtslage zu Grunde liegt. Der Ausgang für das Kind ist daher nicht so günstig, wie bei Schädelgeburten.

§. 180.

Eine Hebamme, die genau untersucht, vermag in der Regel schon äußerlich im Anfange der Geburt die Gesichtslage zu erkennen.

Man fühlt dann über dem Schambein die Wölbung des in die Höhe gekehrten Hinterhaupts. Oberhalb desselben findet man die eingebogene Stelle des Nackens. Den Herzschlag hört man an der vorgewölbten Brust des Kindes, also auf der Seite, an welcher die kleinen Teile liegen.

Bei der innerlichen Untersuchung fühlt man zu Anfang der Geburt die Stirnnaht und Stirnbeine, sodann den

[redacted]

oberen Knochenrand der Augenhöhlen, weiter die Nase, den Mund und ganz zuletzt das spitze Kinn.

Verwechselungen sind möglich mit dem Steiß. Um solche zu vermeiden, beachte die Hebamme namentlich die harten Kieferränder des Mundes. Auch bemerkt man bisweilen, daß das Kind an dem untersuchenden Finger saugt. Vor einer Verletzung der Augen bei der Untersuchung sei die Hebamme sehr auf der Hut.

§. 181.

Hat die Hebamme eine Gesichtslage erkannt, so kann sie im Anfange der Geburt versuchen, ob es noch durch seitliche Lagerung der Kreißenden gelingt, den Schädel herunterzubringen. Sie lagert zu dem Behufe die Gebärende auf diejenige Seite, auf welcher sich das Hinterhaupt angestemmt hat. Später schone sie die Blase, untersuche behutsam und stütze beim Austritt sorgfältig den Damm, welcher bei den Gesichtsgeburten leicht gefährdet wird.

Das Kind zeige sie der Mutter nach der Geburt nicht sogleich, wenn dessen Gesicht sehr entstellt ist.

§. 182.

Weit seltener ist eine Lage, welche man Stirnlage genannt hat; bei der Stirnlage tritt der Kopf quer in den Beckeneingang ein. Auf der einen Seite fühlt man die große Fontanelle, auf der andern die Nasenwurzel, in der Mitte steht die Stirn. Der Austritt erfolgt später so, daß sich die Nasenwurzel unter den Schambogen anstemmt und der Scheitel des Kopfes über den Damm hervorkommt. Die Geburt in solcher Stellung macht große Schwierigkeiten.

2. Die Beckenendelagen.

§. 183.

Bei allen Beckenendelagen kommt das Kind dadurch in Gefahr, daß der nachfolgende Kopf bei seinem Durchgang durch das Becken die Nabelschnur drückt. Dauert dieser Druck auf die Nabelschnur längere Zeit, so stirbt das Kind durch Behinderung des Blutlaufs.

§. 184.

Von Beckenendelagen giebt es 3 Arten: Steißlagen, Fußlagen und Knielagen. Steißlagen sind die häufigsten, Knielagen die seltensten. Nach der Stellung des Rückens teilt man auch diese Lagen in erste und zweite, in erste und zweite Unterarten.

§. 185.

Bei den Steißlagen finden sich die Arme und Beine in gebogener Haltung an der Vorderfläche der Frucht, gleichwie bei den Schädellagen, das Kinn ist auf die Brust geneigt. Der Kopf ist oben im Muttergrund, die Hinterbacken stehen auf dem Beckeneingang. Die Gebärmutter hat dabei ihre längliche Gestalt, ist aber öfters in ihrem unteren Abschnitt nahezu so breit wie oben.

Bei der Geburt verläuft die Eröffnungszeit so wie bei Schädellagen. Nach dem Blasensprung dagegen geht die Geburt in der Regel nur langsam weiter, weil der weiche Steiß die Weichteile nicht so kräftig von einander dehnt.

Der Steiß stellt sich quer oder schräg in den Beckeneingang. In der Höhle des kleinen Beckens dreht sich dann



Fig. 27. Erste Steißlage.



Fig. 28. Zweite Steißlage.

die eine Hälfte — bei der ersten Steißlage die linke, bei der zweiten die rechte nach vorn und tritt schließlich unter den Schambogen.

So erfolgt der Austritt der Hüften und des Leibes mit zur Seite gewandter Rückenfläche. In gleicher Weise treten auch nachher die Schultern aus.

Die Arme werden, falls von oben guter Wehendruck bestand, zugleich mit der Brust geboren, ohne sich in die Höhe zu streifen.

Der nachfolgende Kopf dreht sich mit dem Hinterhaupt nach vorn und das Gesicht tritt dann über den Damm hervor.



Fig. 29. Austritt des Kindes bei Steißgeburt.

Während der Rumpf durch die Scheide herabtritt, pflegt unter den Preßwehen Kindespech abzugehen und zugleich auch Urin der Frucht. Es ist dies die einfache Folge von

dem Druck, welchen der Leib des Kindes bei seinem Durchgang durch die mütterlichen Geschlechtsteile erfährt. Es ist dieser Abgang daher, so lange der Herzschlag des Kindes gut bleibt, ohne jede üble Bedeutung.

§. 186.

In den Drehungen des Rumpfes, wie sie oben bei der Steißgeburt beschrieben worden sind, kommen bisweilen einige Abweichungen vor. So erlebt man bisweilen, daß die Rückenfläche der Frucht sich in der Beckenhöhle nach der entgegengesetzten Seite hinüberdreht. Sehr unerwünscht ist es, wenn das Kind mit nach vorn gerichteter Brustfläche geboren wird. Es stemmen sich dann die Arme und ebenso das Kinn leicht am oberen Rand der Schamfuge auf und schlagen sich in die Höhe, wodurch der Austritt des Kopfes sehr erschwert wird.

§. 187.

Eine Beckenendelage kann die Hebamme schon vermuten, wenn sie bei ihrer Erkundigung von der Kreißenden erfährt, daß diese die Kindesbewegungen unten gefühlt hat.

Bei der äußeren Untersuchung wird sie den Kopf als harte bewegliche Kugel im Muttergrund fühlen und den Herzschlag oberhalb des Nabels hören.

Innerlich findet die Hebamme über dem Scheidengewölbe einen großen weichen Teil, welcher sich nur schwer in die Höhe schieben läßt und dann wieder langsam auf den Finger zurücksinkt. Nach Eröffnung des Muttermundes wird eine Hinterbacke, sodann die Geschlechtsteile, der After und die Steißbeinspitze über demselben fühlbar. Findet sich an dem in die Aftergrube eingesenkten Finger Kindspech,

so wird die Hebamme über den vorliegenden Teil nicht in Zweifel sein können.

Das Geschlecht des Kindes ist während der Geburt mit dem zufühlenden Finger nicht immer leicht zu erkennen, da die Geschlechtsteile stark anzuschwellen pflegen.

§. 188.

Hat die Hebamme eine Steißlage erkannt, so soll sie bei dieser, wie bei jeder andern Beckenendelage einen Arzt rufen.

Ist ein Arzt nicht zu erreichen, so soll die Hebamme selbst die Behandlung der Steißgeburt in die Hand nehmen. Dabei sind aber folgende Hauptdinge zu beherzigen:

1. der nachfolgende Kopf wird um so leichter durch das Becken gehen, wenn der voraufgehende Steiß langsam und gründlich die Geburtswege eröffnet hat;

2. der nachfolgende Kopf wird um so besser ausgetrieben werden, wenn die Kreissende bei Schluß der Geburt noch voll bei Kräften ist;

3. die Naturkräfte treiben das Kind bei allen Beckenendelagen viel besser aus, als das die geschickteste Kunsthülfe zu leisten vermag. Wird die Frucht durch Wehenkraft und Bauchpresse ausgetrieben, so bleiben die Arme in der Regel über die Brust gebeugt und das Kinn auf die Brust geneigt. Wird das Kind von unten hervorgezogen, so streifen sich die Arme hinauf und entfernt sich das Kinn von der Brust. Nur in dringendem Notfall ist daher das Hervorziehn des Kindes gestattet.

§. 189.

Bleibt die Hebamme dieser Umstände eingedenk, so wird sie eine Beckenendelage richtig behandeln können.

Im Anfange der Geburt kommt Alles darauf an, daß der vorliegende Teil voll und ganz auf den Beckeneingang tritt und den Muttermund langsam und gründlich erweitert. Sollte daher der Steiß seitlich vom Beckeneingange abweichen wollen, so wäre die Kreißende auf die gleichnamige Seite zu lagern und damit der Steiß wieder auf das Becken einzuleiten. Einen Fuß herabziehn zu wollen, wäre dagegen das Verkehrteste, was gemacht werden könnte. Dabei sind die Kräfte der Kreißenden auf das Aeußerste zu schonen und ihr jegliches Mitpressen zu verbieten.

§. 190.

Sobald der Steiß nahe vor dem Einschneiden steht, ist die Kreißende auf ein Querbett zu lagern. Dies hat einen doppelten Zweck. Einmal vermag die Kreißende auf dem Querbett besser mitzupressen, sodann aber vermag die Hebamme, falls Kunsthülfe nötig wird, diese nur auf dem Querbett in zweckmäßiger Weise zu leisten.

Die Hebamme läßt dann die Kreißende die Beine spreizen und die Knie rechts und links von je einer Gehülfin halten. Sie selbst setzt sich zwischen die Schenkel der Gebärenden und hält sich bereit zur Inempfangnahme des Kindes.

Lassen die Verhältnisse die Einrichtung eines Querbetts nicht zu, so ist ein Schrägbett herzurichten (vgl. §. 201). Die Hebamme wartet das Hervortreten der Hüften und des Rumpfes des Kindes ruhig ab, wobei sie den Damm leicht unterstützt. Jegliches Ziehen an diesen Teilen hat die Hebamme unbedingt zu unterlassen.

Wenn nun beim Hinabrücken der Schultern sich der Austritt derselben in gefährlicher Weise verzögert, dann, aber auch nur dann, ist es der Hebamme erlaubt, die weitere

Geburt zu beschleunigen. Ob eine solche Gefahr vorliegt, erkennt die Hebamme teils an der längeren Dauer der Verzögerung, teils an dem Schwachwerden des Pulses in der Nabelschnur und an den zuckenden Atembewegungen des kindlichen Rumpfes.

§. 191.

Die Hebamme wird dann zunächst dadurch die Geburt zu beschleunigen suchen, daß sie die Kreißende auffordert, während der nächsten Wehe kräftig nach unten zu pressen, oder dadurch, daß sie durch äußerlichen Druck mit der Hand auf die Gebärmutter das Hinabtreten des Kopfes unterstützt.

Reicht das nicht aus, so unternimmt sie die Lösung der Arme und die Herausförderung des Kopfes.

Sie faßt zu diesem Zweck die beiden Füße des Kindes mit einer Hand, bei nach links gekehrtem Rücken mit der linken, bei nach rechts gewandtem mit der rechten und hält dieselbe nach dem Leib der Kreißenden zu in die Höhe. Mit 2 Fingern der andern Hand geht sie an der Rückenfläche des Kindes an dem hinten stehenden Arme desselben hinauf bis zum Ellbogen. Hat sie ihre Finger so hoch hinaufgeführt, so streift sie diesen Arm des Kindes über seine Gesichtsfläche nach unten hervor. Der andere Arm des Kindes, welcher hinter der Schamfuge steht, ist dort schwerer herabzuleiten. Es bedarf daher jetzt einer Drehung des kindlichen Rumpfes, um auch diesen Arm nach hinten zu bringen.

Die Hebamme umfaßt zu diesem Zweck den Brustkasten des Kindes mit beiden flachen Händen und dreht den Rumpf in schonender Weise so weit herum, bis der Arm in die Kreuzbeinaushöhlung gelangt ist. Dann löst sie diesen Arm

gleich wie den vorigen, indem sie mit 2 Fingern über die Rückenfläche bis zum Ellbogen hinaufgeht.

Für die leichte Herausförderung des Kopfes ist nötig, daß sich derselbe mit dem Hinterhaupt nach vorne gedreht hat. Sollte diese Drehung daher noch nicht bewirkt sein, so hat die Hebamme dieselbe zunächst herbeizuführen, indem sie durch Drehung des Rumpfes oder durch Fassen der zugängigen Teile des Kopfes diese Drehung zu bewirken sucht.

Steht das Hinterhaupt vorn, so legt die Hebamme den zweiten und dritten Finger einer Hand gabelig über die Schulter des Kindes. Von der andern Hand führt sie einen Finger in den Mund des Kindes, indem sie dabei den kindlichen Rumpf rittlings über ihren Arm legt. Nun zieht sie zunächst sanft das Hinterhaupt nach unten, sodann aber mit dem hakenförmig in den Mund eingesetzten Finger den Unterkiefer in die Höhe, wobei sie sorgsam darauf achtet, daß nun das Gesicht über den Damm hervorgleitet, ohne denselben zu zerreißen.

Preßt die Kreißende bei dieser Ausziehung mit, so kann dadurch die Geburt des Kindes sehr erleichtert werden.

§. 192.

Erheblich ungünstiger als die Steißlagen sind die Fußlagen.

Bei den Fußlagen findet man in der Regel die Gebärmutterwände schlaff und die Gebärmutter unten breit. Der Steiß steht dann seitlich über dem Beckenrande, die Füße hängen in dem Beckeneingang.

Bei diesen Lagen pflegt die Eiblase sich weit durch den Muttermund vorzutreiben, frühzeitig zu springen und dabei

eine große Menge Fruchtwassers abzufließen. Gleichzeitig fällt häufig die Nabelschnur vor.

Die kleinen Füße und Beine erweitern nun schlecht den Muttermund und der Durchtritt von Rumpf und Kopf erfährt dann leicht eine gefährliche Verzögerung. Die Lehren, welche für die Behandlung der Steißlagen gegeben worden sind, hat daher die Hebamme bei den Fußlagen ganz besonders streng zu beachten.

Die Knielagen sind von den Fußlagen in dem Geburtsverlauf kaum verschieden. Eine Knielage ist nur so lange möglich, als die Füße irgendwo in dem Geburtskanal aufgehakt sind. Sobald die Füße frei geworden sind, wird aus der Knielage eine Fußlage.

3. Von den Querlagen.

§. 193.

Die Lagen, bei welchen der kindliche Rumpf in der Gebärmutter quer von links nach rechts hinüber liegt, nennt man Querlagen.

Man unterscheidet davon 2 Hauptarten. Liegt der Kopf links, so ist es erste Hauptart, liegt er rechts, zweite. Je nachdem der Rücken nach vorn oder nach hinten gekehrt ist, unterscheidet man erste und zweite Unterart.

§. 194.

Eine Querlage der Frucht ist nur möglich bei sehr schlaffer Gebärmutter und kommt daher fast nur bei Mehrgebärenden vor.

Schon während der Schwangerschaft kann diese Lage der Frucht der Schwangeren recht unbequem werden, indem

die Gebärmutter zu sehr in die Breite gespannt wird. Insbesondere macht auch das Anstoßen der kindlichen Füße der Schwangeren bisweilen Schmerz.

Die Hebamme wird diese Lage bei der äußeren Untersuchung leicht erkennen. Die Gebärmutter ist breit, aber wenig hoch. Man fühlt den kindlichen Rumpf von rechts nach links und auf beiden Seiten große Teile. Der eine, der Kopf fühlt sich hart und beweglich an, der andere, der Steiß weich und weniger verschiebbar. Den Herzschlag hört man näher nach dem Kopf zu.

Innerlich fühlt die Hebamme das Scheidengewölbe hoch und leer, den Scheidenteil weniger weich und vorbereitet als bei Schädellagen.

§. 195.

Beginnt nun die Geburt, so pflegt in der Eröffnungs-



Fig. 30. Erste Querlage.

zeit die Eiblase weit aus dem Muttermund herauszutreten. Sie springt dann früh unter reichlichem Wasserabfluß und

nun schmiegt sich oben die Gebärmutterwand eng an die quergelagerte Frucht.

Dabei tritt allemal die Schulter auf den Beckeneingang, denn nur diese vermag sich abwärts in den Beckenkanal etwas hineinzupressen. Der zur Schulter gehörige Arm fällt vor und mit ihm häufig die Nabelschnur.



Fig. 31. Erste Querlage nach Wasserabfluß, mit Armvorfall.

Unter zunehmendem Wehendruck treibt sich die vorliegende Schulter tief in den Beckeneingang, während oben Kopf und Steiß nahe zusammen geschoben werden. Der vorgefallene Arm erfährt dabei eine bisweilen bedeutende Anschwellung.

§. 196.

Daß die Frucht in dieser Stellung geboren werde, ist bei reifem Kinde und gewöhnlicher Weite des Beckens nicht

möglich. Die Frucht stirbt in der wasserleeren Gebärmutter ab, die Kreißende erschöpft sich an den fruchtlosen Wehen und die Wehen hören entweder gänzlich auf oder sie führen, wenn sie kräftig bleiben, zur Zerreißung der Gebärmutter.

Nur bei kleiner abgestorbener Frucht und weitem Becken ist es möglich, daß die quergelagerte Frucht durch die Naturkräfte geboren wird. Es ist das der Vorgang der Selbstentwicklung oder gedoppelten Geburt. Der Austritt des Kindes erfolgt dabei so, daß die vorliegende Schulter sich unter den Schambogen anstemmt und dann der Steiß unter starker Zusammenbiegung des Rumpfes über den Damm hervortritt, der Kopf wird dann als letzter Teil geboren.

§. 197.

Bei jeder Querlage muß die Wendung gemacht werden. Dies kann durch äußere oder durch innere Handgriffe geschehen. Die Wendung durch äußere Handgriffe kann mit Erfolg versucht werden, so lange die Frucht noch beweglich oberhalb des Beckens liegt und die Fruchtblase noch nicht gesprungen ist.

Die Hebamme untersuche genau die Lage von Kopf und Steiß und dränge dann mit der einen Hand den Kopf nach unten, während sie mit der anderen gleichzeitig den Steiß in die Höhe schiebt. Ist auf diese Weise die Herableitung des Kopfes gelungen, so lagere die Hebamme die Gebärende auf die Seite, auf welcher sich der Kopf befand, lege ihr eine Binde um den Leib und suche durch ein untergeschobenes Polster den Kopf zu hindern, daß er nicht wieder in die Höhe weicht. Das Verfahren muß bisweilen öfters wiederholt werden, bis es Erfolg hat. Wenn es aber gelang, so ist das für Mutter und Kind ein großer Vorteil.

§. 198.

Wird die Wendung durch innere Handgriffe nötig, so kommt für deren Erfolg Alles darauf an, daß sie möglichst zeitig unternommen wird. Die Hebamme wird daher, weil ihr in der Regel die Wendung durch innere Handgriffe verboten ist, sobald sie eine Querlage erkannt hat, gleich den Arzt verlangen müssen. Sie braucht zu dem Behufe nicht abzuwarten, bis sie die Schulter über dem Muttermund fühlt. Es reicht schon hin, wenn sie das Scheidengewölbe leer findet und nach der äußeren Untersuchung eine Querlage vermutet.

§. 199.

Nur ausnahmsweise darf die Hebamme, falls sie sich die Fähigkeit zutraut, die Wendung des Kindes durch innere Handgriffe selbst ausführen. Es ist das nur zulässig in folgenden 3 Fällen:

1. wenn die Hebamme nach vollständig eröffnetem Muttermund aus dem Befinden der Gebärenden, insbesondere aus der Beschaffenheit der Wehen erkennt, daß durch das Warten auf das Eintreffen des Arztes Gefahr für das Leben der Gebärenden erwächst,

2. wenn innerhalb 6 Stunden nach der Erweiterung des Muttermundes ärztliche Hülfe nicht eintreffen kann,

3. bei Querlage eines zweiten Zwillings, wenn nach dem Blasensprung die Schulter tiefer herunter tritt und ärztliche Hülfe nicht alsbald zu erwarten steht.

§. 200.

Hat die Hebamme sich entschlossen, selbst die Wendung durch innere Handgriffe zu unternehmen, so hat sie zunächst

durch genaue Untersuchung die Lage des Kindes festzustellen. Sie hat dabei nicht allein zu ermitteln, wo der Kopf und wo die Füße liegen, sondern auch, wohin die Bauch- und die Rückenfläche des Kindes gerichtet ist.

§. 201.

Ist diese Untersuchung geschehen, so hat die Hebamme für Entleerung der Urinblase zu sorgen und ein Querbett herzurichten. Das Querbett wird folgendermaßen gemacht:

Auf den Bettrand wird ein festes Polster gelegt und darüber ein reines leinenes Tuch gebreitet. Auf das Polster wird die Gebärende so mit dem Steiß gelagert, daß ihre Geschlechtsteile über dem Bettrand frei stehen. Die Beine der Gebärenden werden im Knie gebeugt, gespreizt und angezogen, so werden sie von zwei Gehülfinnen, die zu beiden Seiten der Frau auf dem Bettrand oder auf Stühlen sitzen, gespreizt gehalten. Oberkörper und Kopf der Gebärenden werden durch untergelegte Kissen in leicht erhöhter Lage gestützt. Unter den Bettrand setzt die Hebamme ein Gefäß zum Auffangen von Fruchtwasser und Blut, vor die Geschlechtsteile setzt sie einen Stuhl, auf dem sie selbst Platz nimmt. Der Steiß der Gebärenden muß so hoch gelagert sein, daß die Hebamme von sitzender Stellung aus bequem mit der Hand in die Geschlechtsteile eindringen kann.

Gestatten die Verhältnisse die Herrichtung eines Querbetts nicht, so kann die Hebamme, was freilich weniger bequem ist, die Kreißende schräg lagern. Bei dieser Lagerung behält die Gebärende das eine Bein im Bett, während das andere auf einen vor dem Bettrand stehenden Stuhl aufgestützt wird. Die Geschlechtsteile der Kreißenden müssen auch hier frei an den Bettrand gebracht werden, die Hebamme

nimmt ebenfalls zwischen den Schenkeln der Gebärenden Platz.

§. 202.

Nachdem die Kreißende aufs Querbett gelagert ist, sind die Geschlechtsteile der Kreißenden zu reinigen, die Scheide mit Karbolwasser auszuspülen und die äußeren Geschlechtsteile mit Karbolwasser gründlich abzuwaschen. Sodann desinficire die Hebamme ihre Arme und Hände auf das Genaueste so, wie § 71 vorgeschrieben ist.

§. 203.

Zum Eingehen in die Scheide wählt man diejenige Hand, mit welcher man am bequemsten in die Seite gelangt, wo sich die Füße befinden. Dies ist, wenn die Füße rechts liegen, die linke, wenn sie links liegen, die rechte Hand. Die andere Hand wird auf den Leib gelegt, hat die Gebärmutter von oben zu stützen und durch sanften nach abwärts gerichteten Druck die aufzusuchenden Teile der innen beschäftigten Hand entgegenzuschieben.

Die Hebamme bestreicht die Außenfläche der einzuführenden Hand mit Vaselin, macht die Hand schlank, indem sie die Finger kegelförmig zusammenlegt und führt sie, den kleinen Finger gegen den Damm gekehrt, während der Wehe behutsam durch die Schamspalte in die Scheide. Während so die Hand mit der Rückenfläche nach dem Kreuzbein zugekehrt und mit den Fingerspitzen am Muttermunde liegt, wartet sie das Ende der Wehe ab.

In die Gebärmutter ist die Hand erst nach Ablauf der Wehe einzuführen. Während der Wehe wäre ein Vorwärtsbewegen der Hand nicht allein schwierig, sondern auch

Carbol 2% – Seifenkresol 3%.

gefährlich und es gilt als Regel, die Hand ganz ruhig liegen zu lassen, wenn sie in der Gebärmutter von einer Wehe überrascht wird. Es ist wünschenswert, daß die Wendung von der Hebamme in der Zwischenzeit zwischen zwei Wehen vollendet wird.

§. 204.

Falls die Fruchtblase noch steht, so hat die Hebamme dieselbe beim Ablauf der Wehe im Muttermund zu sprengen. Sodann dringt sie sogleich mit der Hand durch den Riß in die Gebärmutterhöhle. Der in der Scheide befindliche Arm hindert dabei das rasche Abfließen des Fruchtwassers.

Hindert die über dem Muttermund liegende Schulter das Vordringen der Hand, so schiebe die Hebamme dieselbe mit dem Daumen sanft nach der Seite hinüber, wo der Kopf liegt. War die Nabelschnur vorgefallen, so nimmt die Hand sie mit in die Gebärmutter zurück, damit sie nicht von ihrem Arm in der Scheide gedrückt werde. War der Arm des Kindes in die Scheide vorgefallen, so läßt die Hebamme denselben ruhig in der Scheide liegen. Das Eindringen der Hand wird nicht durch denselben gehindert und das Vorliegen desselben bietet den Vorteil, daß er sich nachher nicht in die Höhe schlägt.

In der Gebärmutter schiebt die Hebamme ihre Hand, die Außenfläche der Gebärmutterwand zugekehrt, die Innenfläche dem Kindeskörper zugewandt, an dem letzteren langsam und stetig hinauf. Sie kann nun zu den Füßen auf einem doppelten Wege gelangen, entweder, was das Einfachste ist, geradezu über die Bauchfläche des Kindes oder, indem sie sich an der vorliegenden Seite des Rumpfes bis zu den Hüften und Oberschenkeln des Kindes hintastet. Jeden

stärkeren Druck gegen die Gebärmutterwand sowie auch jeden Druck der Nabelschnur hat sie dabei zu vermeiden.

Schon an einem Fuße läßt sich in der Regel die Umdrehung des Kindes gut bewerkstelligen und da eine unvollkommene Fußlage immer günstiger ist als eine vollkommene, so begnügt man sich meist damit, nur einen Fuß herunterzuholen. In der Regel wird die Hebamme am besten den unteren Fuß erreichen. Diesen hat sie dann über die Bauchfläche des Kindes hinweg in den Muttermund hinabzuziehen.

Die Umdrehung des Kindes, das Herableiten des Steißes auf den Muttermund wird dann durch Anziehen des Fußes bewirkt, wobei die äußerlich aufliegende Hand durch Hinaufschieben von Kopf und Schultern des Kindes mithilft.

Folgt der Steiß einem mit mäßiger Kraft ausgeübten Zuge nicht, findet also die Umdrehung des Kindes Schwierigkeit, so darf die Hebamme keine Gewalt anwenden. Sie untersuche dann vielmehr, ob etwa eine Wehe eingetreten ist und warte, wenn dies der Fall war, das Ende der Wehe ab. Gelingt auch dann die Herableitung des Steißes durch Anziehen des Fußes nicht, so gehe die Hebamme abermals in die Gebärmutterhöhle ein und hole nun auch den zweiten Fuß.

§. 205.

Die Wendung ist erst dann vollendet, wenn der Steiß auf den Muttermund hinabgeleitet und die Schulter von demselben emporgewichen ist.

Sobald diese Umdrehung bewirkt worden ist, überzeuge sich die Hebamme, ob das Verhalten der Mutter oder des Kindes es nötig macht, die weitere Beendigung der Geburt

sofort anzuschließen. Liegt ein solcher Grund nicht vor, so behandle die Hebamme die Geburt weiter wie eine unvollkommene Fußgeburt.

Scheint dagegen die sofortige Beendigung der Geburt nötig, so schlägt die Hebamme das nach außen herabgezogene Bein des Kindes in ein reines gewärmtes Tuch, umfaßt das Bein so, daß der Daumen auf die Wade zu liegen kommt und zieht sanft während der Wehe nach unten. Bei weiterem Hervortreten des Beins faßt sie dasselbe höher oben, immer möglichst nahe an den Geschlechtsteilen der Kreißenden und die Daumen auf der Rückenfläche des kindlichen Körpers. Sobald die Beckengegend des Kindes geboren ist, legt die Hebamme ihre beiden Daumen gestreckt neben einander auf das Kreuzbein, die Spitzen der anderen Finger auf die Oberschenkel des Kindes. In dieser Fassung läßt sie ihre Finger liegen, bis die Schultern geboren werden, denn, wenn sie jetzt den kindlichen Rumpf höher faßte, so würde sie den Bauch des Kindes verletzen, der durchaus keinen Druck verträgt. Kommt die Nabelgegend zum Vorschein, so fasse die Hebamme die Nabelschnur mit Daumen und Zeigefinger und lockere durch sanftes Anziehen das in die Scheide hinaufführende Ende derselben.

Die Lösung der Arme und Entwicklung des Kopfes mache die Hebamme sodann, wie ihr bei den Beckenendelagen §. 191 gelehrt worden ist.

Vierter Teil.

Von der unregelmäßigen Haltung des Kindes.

1. Vorfall kleiner Teile neben dem Kopf.

§. 206.

Bei den Kopflagen der Frucht sind in der Regel die Ellbogen und Knie des Kindes an seine Brustfläche angezogen. Entfernen sich diese kleinen Teile von der vorderen Fläche des Rumpfes, so können sie unten neben dem vorliegenden Kopf hinabtreten. Am häufigsten ist es eine Hand, welche neben dem Kopf vorfällt. Der Austritt des Kopfes wird dadurch, falls Becken und Wehen regelmäßig sind, nicht gestört, unter gewöhnlichen Verhältnissen bleibt für Kopf und Hand zusammen Platz genug. Die Hebamme thut daher gut, an der vorgefallenen Hand gar nicht zu rühren.

Eher schon kann es stören, wenn ein Arm neben dem Kopf vorgefallen ist. Ist derselbe weit neben dem Schädel herabgetreten, so kann dadurch die erforderliche Drehung des Kopfes gehindert werden. Die Hebamme wende sich, falls solche Verzögerung eintritt, an einen Arzt.

§. 207.

Ist ein Fuß bei vorliegendem Schädel vorgefallen, so liegt der Rumpf der Frucht, wie die Hebamme bei der äußeren Untersuchung bald erkennen wird, in stark zusammengebogener Haltung in der Gebärmutter. Hierin liegt dann

auch ein Haupthindernis für die Wirksamkeit der Wehen und bei diesem Vorfall erlebt man oft Verzögerung oder Stillstand der Geburt.

Die Hebamme lagere dann die Kreißende auf die Seite, nach welcher das Hinterhaupt gerichtet ist, und schiebe gleichzeitig äußerlich den Steiß des Kindes nach dieser Seite hinüber.

Niemals unterfange sie sich, an dem vorgefallenen Fuß nach unten zu ziehen.

Tritt irgend Gefahr für Mutter oder Kind ein, so ist sofort nach dem Arzt zu schicken.

2. Fehlerhafte Haltung des Kopfes.

§. 208.

Bisweilen steht der Kopf vor dem Wasserabfluß so hoch, daß man ihn innerlich gar nicht abreichen kann, obgleich man ihn äußerlich über dem Beckeneingang fühlt. Die Ursache davon kann sein: enges Becken, große Menge Fruchtwasser, ungewöhnliche Ausdehnung des Kopfes, z. B. Wasserkopf.

Die Hebamme hat in solchen Fällen dafür zu sorgen, daß die Gebärende zeitig gelagert wird, damit sie nicht bei dem lose stehenden Kopf in aufrechter Stellung von dem Blasensprunge überrascht werde. Ob die Rückenlage oder Seitenlage zu geben ist, hängt davon ab, bei welcher Lagerung der Kopf am besten auf das Becken hinabzurücken scheint.

§. 209.

Beim Eintritt des Schädels in das Becken kommt es bisweilen vor, daß anstatt des Hinterhaupts die große Fontanelle am tiefsten hinabtritt und dadurch das Hinabrücken

des Kopfes erheblich erschwert wird. Die Hebamme hat dann die Kreißende auf die Seite zu lagern, nach welcher das Hinterhaupt gerichtet war.

Andere Abweichungen kommen vor in der Stellung der Pfeilnaht bei im Beckeneingang stehenden Kopf.

Bei ganz regelmäßigen Verhältnissen wird man, wenn der Kopf auf das Becken tritt, die Pfeilnaht ziemlich in der Mitte des Beckeneingangs von rechts nach links hinüberlaufend finden. Bisweilen indes steht die Pfeilnaht ganz nahe an der hinteren Beckenwand und auf dem Beckeneingang fühlt man nur das nach vorn gekehrte Scheitelbein. Es ist dies die sogenannte vordere Scheitelbeinstellung. Dieselbe kommt bei engem Becken vor und gleicht sich erst aus, wenn im weiteren Verlauf der Geburt der Kopf unter kräftigen Wehen am Vorberg heruntergetrieben wird.

In andern Fällen, namentlich bei starkem Hängebauch sieht man öfters, daß der Kopf, anstatt voll auf das Becken zu treten, nach vorn auf die Schamfuge abgewichen ist. Untersucht dann die Hebamme innerlich, so findet sie die Pfeilnaht nahe an der vorderen Beckenwand und auf dem Beckeneingang fühlt man das dem Vorberg zugekehrte Scheitelbein, sogenannte hintere Scheitelbeinstellung.

Es ist diese Stellung eine außerordentlich ungünstige und erfordert in der Regel die Hinzuziehung des Arztes. Vermuten kann die Hebamme diese Stellung schon bei äußerlicher Untersuchung, wenn sie oberhalb der Schamfuge einen größeren Teil der Schädelwölbung fühlt. Sie wird dann gut thun, der Kreißenden eine Leibbinde umzulegen und durch ein untergeschobenes Polster den Kopf von der Schamfuge auf das Becken hinüberzudrängen.

Fünfter Teil.

Von den mehrfachen Geburten.

§. 210.

Auf durchschnittlich 80 Geburten kommt eine Zwillingsgeburt vor. Drillinge sind schon sehr viel seltener. Die



Fig. 32. Zwillinge, beide in Schädellage.

größte Zahl von Früchten, welche man beobachtet hat, beträgt 5.

Eine Zwillingsschwangerschaft kommt dadurch zu stande, daß 2 Keime gleichzeitig befruchtet werden. In der Regel sind es 2 getrennte Eier, deren Befruchtung stattgefunden hat, und jede Frucht hat dann ihre eigene Wasserhaut und ihre eigene Zottenhaut. Die Siebhaut kann getrennt sein oder gemeinschaftlich, je nachdem die beiden Eier sich entfernt oder nahe zu einander in der Gebärmutter angesiedelt hatten.



Fig 83. Zwillinge, Schädellage und Beckenendelage.

Die Mutterkuchen sind bald getrennt, bald zu einem Kuchen verschmolzen. Stammten die beiden Früchte aus einem Ei, so ist immer ihr Mutterkuchen einfach.

§. 211.

Zwillinge sind in der Regel erheblich kleiner, als eine einfache Frucht. Ihr Gewicht beträgt durchschnittlich 2000 g.
Die Lage der Früchte ist meistens die, daß beide mit

dem Kopf nach unten liegen. Häufig kommt es aber auch vor, daß die eine Frucht eine Beckenendelage hat. Querlage wird besonders bei der zweiten Zwillingsfrucht beobachtet. Die Schwangerschaft bringt bei Zwillingen oft große Beschwerden. Der Leib ist stärker ausgedehnt, als gewöhnlich, der Blutlauf in den Beinen ist mehr gehemmt, Anschwellungen der Füße sind häufig.

Der Hergang der Geburt ist im Ganzen dem einer einfachen Geburt gleich. Nur pflegen die Wehen infolge der großen Ausdehnung der Gebärmutter schwach zu sein und dadurch die Geburt des ersten Kindes sich öfters zu verzögern.

Dem ersten Kinde pflegt sein Mutterkuchen, auch wenn derselbe getrennt war, nicht gleich nachzufolgen, sondern derselbe kommt erst nach, wenn das zweite Kind geboren ist.

Die Geburt des zweiten Kindes folgt in der Regel der des ersten in kurzer Frist nach. Bisweilen vergehen aber Stunden oder selbst Tage, bis neue Wehen eintreten.

§. 212.

Das Vorhandensein von Zwillingen ist nicht immer mit Sicherheit zu erkennen. Es hängt das sehr von der Lage der Früchte ab. Liegen die Früchte nebeneinander der Länge nach, so wird man in der Mitte eine Furche wahrnehmen und rechts wie links auf beiden Seiten einen gesonderten kindlichen Rumpf nachweisen können. Liegt das eine Kind mit dem Kopf nach oben, das andere mit dem Kopf nach unten, so ist es um so leichter zu erkennen. Recht schwer und selbst unmöglich wird dagegen das Erkennen von Zwillingsschwangerschaft, wenn die Früchte hintereinander liegen und beide dieselbe Stellung zum Becken haben. In einigen Fällen

wird die Hebamme auch dadurch die Zwillingsschwangerschaft erkennen können, daß sie 2 kindliche Herzschläge an von einander weit getrennten Stellen wahrnimmt.

§. 213.

Die Behandlung der Zwillingsgeburt seitens der Hebamme ist dieselbe wie sonst. Da aber bei Zwillingsgeburten leicht Störungen für Mutter oder Kind eintreten können, so thut die Hebamme gut, einen Arzt zu benachrichtigen, sobald sie das Bestehen von Zwillingen erkannt hat.

Nach Geburt des ersten Kindes wird die Hebamme an der noch starken Ausdehnung der Gebärmutter, sowie an dem Stellen einer zweiten Fruchtblase das Vorhandensein von Zwillingen sicher erkennen. Sie teile dann der Gebärenden in schonender Weise mit, daß noch die Geburt eines zweiten Kindes zu erwarten sei.

Mittlerweile darf die Hebamme aber durchaus nichts thun, um die Geburt des zweiten Kindes zu beschleunigen. Jeder Versuch zu solcher Beschleunigung würde, so lange die Gebärmutter noch keine Neigung hat, sich zusammenzuziehn, von Blutung gefolgt sein.

In der Nachgeburtszeit beachte die Hebamme sorgsam die Zusammenziehung der Gebärmutter. Oft wird es erforderlich werden, durch festes Binden des Leibes die gute Zusammenschließung der Gebärmutter zu sichern.

Für die Zwillingskinder ist ebenfalls besondere Fürsorge nötig. Bei ihrer schwachen Entwickelung gehen sie leicht in den ersten Lebenswochen zu Grunde, wenn ihnen nicht besondere Pflege zugewandt wird.

Drillinge sind noch schwerer am Leben zu erhalten. Von Vierlingen ist es vollends unerhört.

Sechster Teil.

Von dem unregelmäßigen Verlaufe der Schwangerschaft.

1. Fieberhafte Erkrankungen bei Schwangeren.

§. 214.

Schwangere können gleich wie alle Andern von fieberhaften Erkrankungen befallen werden, und in den meisten Fällen wird der Verlauf der fieberhaften Erkrankungen durch das gleichzeitige Bestehen von Schwangerschaft nicht erheblich erschwert.

Ist indes das Fieber bei solcher Erkrankung hoch, so ist leicht ein vorzeitiger Eintritt von Wehen zu erwarten. Auch kommt dabei vor, daß die Frucht während der Schwangerschaft abstirbt.

Am bedenklichsten für die Schwangerschaft sind die fieberhaften Erkrankungen, bei denen es sich um Entzündung der Atemorgane handelt. Da die Blutverteilung und die Atmung ohnehin bei Schwangern leicht gestört ist, so sind Erstickungszufälle infolge solcher Erkrankungen leicht möglich.

2. Das Erbrechen der Schwangeren.

§. 215.

Erbrechen ist bei Schwangern, namentlich bei Erstgebärenden in den ersten Monaten eine so gewöhnliche Erscheinung,

daß dasselbe, so lange es in mäßigem Grade auftritt, nicht als etwas Besonderes angesehen werden kann. Außerdem stört es in der Regel, so quälend es für die Schwangere auch ist, doch meistens die Ernährung derselben nicht in nennenswerter Weise.

Nun giebt es aber einzelne Fälle, in welchen das Erbrechen einen so hohen Grad erreicht, daß das Leben der Schwangeren dadurch ernstlich bedroht wird. Die Hebamme wird selbstverständlich in solchen Fällen auf baldige Zuziehung eines Arztes dringen. Vorläufig kann sie den Rat geben, daß die Kranke Bettruhe beobachtet mit tiefliegendem Kopf, nur leichte flüssige Speisen zu sich nimmt und durch zeitweises Verschlucken von Eisstücken die Empfindlichkeit des Magens zu beruhigen sucht.

3. Blutaderknoten bei Schwangeren.

§. 216.

Blutaderknoten an den Beinen sind eine bei Schwangern häufige Erscheinung. In der Regel finden sie sich an der Innenfläche der Schenkel, in der Kniekehle und an Knöcheln und Fußrücken in besonders starkem Maße. Man sieht an diesen Stellen die aufgetriebenen blauen geschlängelten Adern durch die zarte sie bedeckende Oberhaut gespannt hervortreten. Ein Druck auf diese Stellen ist häufig schmerzhaft, auch werden beim Gehen Schmerzen in ihnen gefühlt. In den Aderknoten können sich Verhärtungen bilden, indem das Blut dort gerinnt und zuletzt feste Pfröpfe, sogenannte Adersteine bildet. Auch entstehen bisweilen Geschwüre auf der überziehenden Haut, deren Heilung langwierig werden kann, endlich kann durch Platzen eines Aderknotens eine erhebliche Blutung entstehn.

§. 217.

Aderknoten werden meist nicht besser, so lange die Schwangerschaft dauert. Nach Ablauf des Wochenbetts werden sie kleiner, verschwinden aber nicht leicht ganz wieder und stellen sich bei erneuter Schwangerschaft wieder in verstärktem Maße ein.

Frauen, welche während der Schwangerschaft viel stehende Beschäftigung haben, leiden besonders an Blutaderknoten. Die Hebamme gebe den Rat, so oft wie möglich die Füße hoch zu legen, insbesondere des Abends, zu welcher Zeit die Beschwerden am stärksten zu sein pflegen. Sodann giebt große Erleichterung ein sorgfältiges Einwickeln des Beines mittelst einer 3 Querfingerbreiten leinenen oder flanellenen Binde, bei deren Anlegung immer unten vom Fuß aus begonnen werden muß. Die Hebamme muß sich bemühen, in solchem Einwickeln der Beine Fertigkeit zu erreichen und wird dafür bei den leidenden Frauen oft Dank ernten.

Einzelne Frauen ziehen Schnürstrümpfe oder Gummistrümpfe vor. Die Anwendung von Binden bietet indes den Vorteil, daß man dieselben nach Belieben fester oder lockerer umlegen kann. Platzt ein Blutaderknoten, so wird die Hebamme die Blutung durch festes Verbinden zu stillen haben. Der Arzt ist in allen Fällen zu benachrichtigen.

Wenn starke Blutaderknoten an den Beinen vorhanden sind, so wird die Hebamme in der Regel auch solche an den Schamlippen und am After der Kranken finden. Sie versäume jedenfalls nicht, an diesen Stellen nachzusehn, um nicht bei der Entbindung durch eine unvermutete Blutung aus denselben überrascht zu werden.

4. Von venerischen Erkrankungen bei Schwangern.

§. 218.

Venerische Erkrankungen giebt es zweierlei: Ansteckender Schleimfluß und Syphilis.

Ansteckender Schleimfluß ist eine Absonderung der Schleimhaut der Geschlechtsteile und Harnwege, welche durch einen unreinen Beischlaf hervorgerufen wird.

Man findet dann den Scheideneingang und die Harnröhre gerötet und bemerkt einen milchigen Schleim in größerer Menge hervorquellen. Die Schleimhaut der Scheide fühlt sich dabei oft körnig an. Solcher Schleim ist außerordentlich ansteckend, sobald er auf eine andere Schleimhaut übertragen wird. Die Hebamme muß daher sich aufs äußerste in Acht nehmen, daß sie nicht, nachdem sie eine solche Kranke untersucht hat, den ansteckenden Schleim derselben auf die Geschlechtsteile einer Andern überträgt. Aeußerste Reinlichkeit, sehr oft wiederholtes Waschen, längeres Auskochen der gebrauchten Instrumente wird erforderlich.

Besonders gefährlich ist es, wenn von diesem Schleim etwas in die Augen gerät. Schwere Entzündungen, oft mit Verlust der Sehkraft, können die Folge sein.

So sind auch die Augen der Neugeborenen bei allen Schwangern, die an ansteckendem Schleimfluß leiden, sehr gefährdet. Um einer Erkrankung derselben vorzubeugen, bringe die Hebamme auf Zuziehung eines Arztes schon während der Entbindung. Bis der Arzt zur Stelle ist, suche die Hebamme die Scheide der Kreißenden von dem ansteckenden Schleim durch Ausspülen und Abtupfen möglichst gründlich zu reinigen und vor Allem wasche sie dem Kinde sofort nach Hervortritt des Kopfes, bevor es noch die Augen geöffnet hat, die Aug-

lider mit reinem Wasser gründlich von dem anhaftenden Schleim der mütterlichen Geburtswege. Sofort nach dieser Reinigung träufle sie dem Kinde aus ihrem Augentropfglas Einen Tropfen 2 procentiger Höllensteinlösung in jedes Auge. Was dabei von der Flüssigkeit etwa aus der Lidspalte herausfließt, ist sogleich sorgfältig abzutupfen.

§. 219.

Die Syphilis wird übertragen durch Ansteckung, in der Regel durch den Beischlaf. Das syphilitische Krankheitsgift wird nur von wunden Stellen aufgenommen, niemals von der unverletzten Haut.

Die Krankheit beginnt damit, daß sich an der angesteckten Stelle ein Bläschen bildet, welches sich zur Pustel und dann zu einem Geschwür, dem sogenannten Schanker entwickelt. Dieses Geschwür braucht ca. 1 Monat zur Heilung. Mittlerweile ist aber die Krankheit bereits in den ganzen Körper gedrungen.

Es entstehn Ausschläge, die durch ihre kreisrunde Stellung ausgezeichnet sind, Heiserkeit und, falls die Erkrankung weitergeht, werden auch die Knochen, insbesondere des Schädels, des Nasenrückens und der Schienbeine angegriffen.

In andern Fällen treten an den angesteckten Stellen nicht Schankergeschwüre, sondern Auswüchse, sogenannte Feigwarzen auf. Auch diese haben meistens ihren Sitz an den Geschlechtsteilen, Oberschenkeln und Afterkerben.

Die Kinder solcher syphilitisch erkrankten Personen sterben leicht während der Schwangerschaft ab und werden einige Zeit nach ihrem Absterben in erweichtem Zustande geboren. Kommt ein solches Kind dagegen lebend zur Welt, so leidet es öfters an Ausschlägen, besonders Blasenausschlag an Händen und Füßen.

§. 220.

Wenn die Hebamme eine Syphilitische zu besorgen hat, so vermeide sie auf das Sorgsamste Alles, wodurch sie sich oder Andere mit dem Krankheitsgifte anstecken kann.

Niemals untersuche die Hebamme mit wunden Fingern und stets beschränke sie die innerliche Untersuchung auf das notwendigste Maaß. Wäre an den Fingern eine noch so kleine Verletzung, so reicht dieselbe für die Ansteckung dennoch schon hin. Hätte die Hebamme eine Wunde an ihrem Finger bemerkt und könnte es nicht vermeiden, einer Syphilitischen Hülfe zu leisten, so bestreiche sie sich die wunde Stelle erst sorgfältig mit Collodium, bevor sie die Kranke berührt. Daß gleich hinterher die genaueste Waschung stattfinden muß, ist selbstverständlich. Bisweilen wird die Hebamme sich auch dadurch helfen können, daß sie die erforderlichen Handleistungen mit der andern unversehrten Hand ausführt. Sehr schwere Verantwortung würde die Hebamme auf sich laden, wenn sie die syphilitische Erkrankung von einer Kreißenden bei der Untersuchung auf Andere übertrüge. Solche traurige Fälle sind nur da möglich, wo die Hebamme es an den einfachsten Grundsätzen der Reinlichkeit fehlen läßt. Bemerkt die Hebamme an ihren Händen oder Zeigefinger nach Untersuchung von Syphilitischen eine verdächtige Stelle, so zeige sie dieselbe sofort dem Kreisphysikus und warte dessen weitere Weisungen ab.

5. Allgemeine Krämpfe der Schwangern. — Eklampsie.

§. 221.

Eklamptische Krämpfe sind eine sehr gefürchtete Krankheit. Dieselben kommen hauptsächlich bei Gebärenden, ge-

legentlich auch bei Schwangern in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft oder auch bei frisch Entbundenen vor.

Erstgebärende mit stark ausgedehntem Leib, Zwillingsschwangere, besonders aber solche, welche an wassersüchtigen Anschwellungen von Händen und Füßen gelitten haben, sind der Krankheit unterworfen.

Den Krämpfen gehen bisweilen Vorboten vorauf. Die Kranke klagt, daß ihr benommen im Kopf, daß ihr schwarz vor den Augen wird oder daß es in den Ohren klingt. Dann kommen plötzlich Zuckungen, zunächst im Gesicht, und verbreiten sich von dort rasch weiter auf Rumpf und Gliedmaßen. Auf der Höhe des Anfalls wird der ganze Körper unter gewaltigen Zuckungen der Muskeln hin und hergeschleudert. Das Gesicht wird tief blaurot, die Zunge klemmt sich zwischen die Zähne, aus dem Mund tritt blutiger Schaum, Puls ist kaum zu fühlen, Atmung während der Zuckungen nicht nachweisbar.

Nach einer kleinen Weile beruhigen sich die Zuckungen, das Gesicht bekommt eine bessere Farbe, man nimmt einige tiefe Atemzüge wahr und nun beginnt eine Zeit tiefen Schlafs mit schnarchender Atmung.

Während der Zuckungen und des Schlafs ist die Kranke vollständig bewußtlos. Man kann sie anrufen, rütteln, stechen, kneifen, sie empfindet garnichts davon, erst wenn der Betäubungsschlaf eine Weile gedauert hat, beginnt etwas Bewußtsein zu dämmern.

Oft bleibt es freilich nicht bei einem Anfall, sondern an den Schlaf schließt sich ein neuer Anfall an, und so verfällt die Kranke wechselnd aus Zuckungen in Schlaf und umgekehrt. Bis gegen 50 und darüber kann sich die Zahl der Anfälle steigern.

Währenddem geht die Geburt, so weit sie von den Wehen bewirkt wird, ihren Gang. Da die Bauchpresse gänzlich fehlt, so verzögert sich oft der Verlauf. Das Kind wird öfters tot geboren. Bisweilen stirbt die Kreißende während der Krämpfe. Uebersteht sie die Zuckungen, so bleiben oft Nachkrankheiten zurück, Gedächtnisschwäche, Lähmungen, Krankheiten von Hirn oder Lungen. In allen Fällen klagen die Kranken über große Abgeschlagenheit und über Verletzungen, die sie bei den Krämpfen davongetragen haben. Ueber die Vorgänge während ihrer Krankheit, selbst über die stattgehabte Geburt wissen sie gar Nichts.

§. 222.

Schleunigste Heranziehung eines Arztes ist selbstverständlich. Bis derselbe kommt, sorge die Hebamme dafür, daß die Kranke sich nicht während der Krämpfe beschädige. Vor Allem schütze sie die Zunge vor Verletzungen, welche zu einer großen Qual für die Kranke werden können. Sie umwickle einen Löffelstiel mit einem Tuche und schiebe denselben der Kranken zwischen die Zähne, sobald die Zuckungen eintreten.

Die Hebamme sorge ferner, daß sich die Kranke nicht den Kopf und die Arme zerschlage, und stopfe Bettstücke rechts und links herum, passe auch auf, daß die Kranke nicht etwa aus dem Bette stürze. Festhalten der Kranken dagegen ist vollständig unnütz, selbst schädlich.

Ist der Kopf sehr rot und blutreich, so lege die Hebamme kalte Umschläge, am besten Eis, auf Stirn und Scheitel. Kann die Kranke schlucken, so gebe man ihr säuerliches Getränk.

Die Geburt wird behandelt wie alle übrigen. Das Befinden des Kindes erfordert große Aufmerksamkeit.

§. 223.

Von Krämpfen anderer Art wird die Hebamme die eklamptischen Zuckungen meist unterscheiden können. Die sogenannten hysterischen Personen zeigen bisweilen Zuckungen, namentlich beim Beginn leichter Wehenschmerzen, aber bei diesen bleibt das Bewußtsein vollständig erhalten. Sie sehen, fühlen, hören Alles, was um sie vor sich geht; Zuckungen solcher Art haben nicht viel zu sagen.

Fallsüchtige bleiben nicht selten während der letzten Schwangerschaftszeit und während der Geburt von ihren Anfällen ganz verschont. Nach Ablauf des Wochenbetts kommen aber die Anfälle wieder.

6. Von den Lageabweichungen der Gebärmutter bei Schwangeren.

§. 224.

Die Gebärmutter kann in dreifacher Art von ihrer regelmäßigen Lage abweichen. Sie kann nach hinten, kann nach vorn abgewichen sein oder sie kann zu tief stehen, selbst vorfallen.

Die Lageabweichung des Muttergrundes nach hinten nennt man: Zurückbeugung. Während der Schwangerschaft kann diese nur in den 4 ersten Monaten vorkommen; vom fünften Monat an steht der Muttergrund schon so hoch, daß er dann hinten von den Lendenwirbeln gestützt wird.

Eine Zurückbeugung der Gebärmutter ist nur bei solchen Frauen möglich, bei denen die Gebärmutter durch die runden Mutterbänder und durch die Harnblase nicht genügend nach vorn festgehalten wird.

Dies ist leicht bei Mehrgebärenden der Fall, da durch

wiederholte Schwangerschaften die Bänder der Gebärmutter immer gelockert werden.

Wenn nun eine solche Frau, die sich etwa im dritten Monat der Schwangerschaft befindet, einen Fall oder Stoß erfährt, der die Eingeweide erschüttert, so kann dabei der Muttergrund plötzlich nach hinten kippen und kommt dann unter den Vorberg in die Aushöhlung des Kreuzbeins zu liegen, wie diese Figur zeigt.

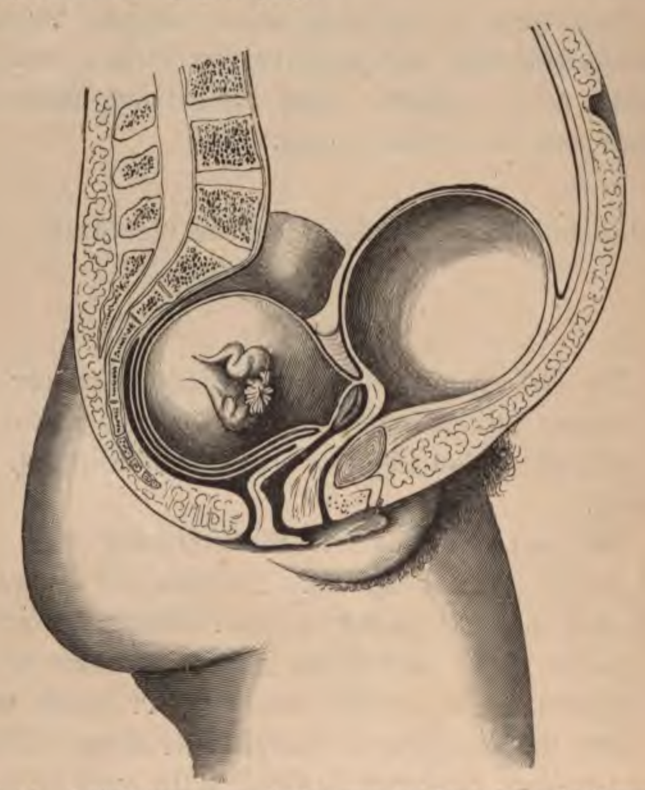


Fig. 34. Zurückbeugung und Einklemmung der schwangeren Gebärmutter.

Viele Kranke dieser Art haben freilich früher schon an einer Rückwärtsbeugung der Gebärmutter gelitten, die ihnen

Bei der Untersuchung wird sie äußerlich die stark ausgedehnte Blase finden, dagegen den Muttergrund dort nicht wahrnehmen, wo derselbe stehen sollte.

Bei der inneren Untersuchung stößt der Finger hinten über dem Scheidengewölbe sogleich auf den runden Gebärmutterkörper, der Scheidenteil dagegen steht vorne, schwer erreichbar hinter der Schamfuge.

Die erste Hülfeleistung, welche die Hebamme zu machen hat, ist die Abnahme des Urins und sodann die Anwendung eines Klystiers. Sobald die Ausleerungen erfolgt sind, hat sie die Kranke in vornübergeneigte Seitenlage zu bringen. Alles Weitere überläßt sie dem Arzt.

§. 226.

Eine Vorwärtsbeugung der schwangeren Gebärmutter ist nur in den letzten Monaten der Schwangerschaft möglich.

In der ersten Hälfte kann die schwangere Gebärmutter sich deshalb nicht weit nach vorn neigen, weil sie da von der Schamfuge und den an diese befestigten Bauchdecken gestützt wird. Erst wenn der Muttergrund bis in die Nabelhöhe gekommen ist, kann er weiter vortreten.

Klein gewachsene Frauen, die schon mehrere Schwangerschaften durchgemacht haben, solche, die mit engem Becken behaftet sind, ferner solche, die während der Schwangerschaft stark vornübergeneigt arbeiten oder die gewöhnt sind, die Röcke fest um die Taille zuzubinden, sind besonders der Vorwärtsbeugung der schwangeren Gebärmutter, dem sogenannten Hängebauch unterworfen.

Man sieht denselben bisweilen sehr hochgradig, selbst so stark, daß bei aufrechter Stellung der Leib bis auf die

Knie herabhängt. In solchen Fällen sind die Bauchdecken sehr gedehnt und erschlafft.

§ 227.

Ein Hängebauch macht der Schwangern nicht unerhebliche Beschwerden. Im Gehen, in allen Bewegungen wird die Kranke sehr behindert, gelegentlich treten auch Schmerzen in den gezerrten Bauchdecken auf.

Auch für Einstellung des Kindes ist der Hängebauch nicht günstig. Die Frucht sinkt nach vorn in die ausgebuchtete Wand der Gebärmutter, der Kopf tritt nicht voll auf das Becken und es bildet sich leicht die hintere Scheitelbeinstellung (vergl. §. 209). Zudem kann auf eine kräftige Bauchpresse bei starker Ausdehnung der Bauchdecken nicht gerechnet werden.

Schwangere mit Hängebauch müssen vom fünften Monat an eine Leibbinde tragen. Ist der Hängebauch nur gering, so reicht es hin, wenn diese Binde hinten am Rücken befestigt wird, ist er stärker, so muß die Binde durch Achselbänder gehalten werden. Dabei sind die Röcke ebenfalls über die Achseln zu tragen. Als Stoff zu solcher Binde kann Flanell oder Leinen gewählt werden. Je nach dem Fortgang der Schwangerschaft ist ihre Form zu ändern. Auch sind elastische Leibbinden käuflich zu erhalten.

Kommt es zur Geburt, so hat die Hebamme der Kreißenden eine Rückenlage zu geben, den Leib mit einem fest angezogenen Handtuch zu stützen und den Kopf durch angedrückte Polster zurückzuhalten, daß er nicht nach vorn über die Schamfuge ausweicht.

§. 228.

Senkung und Vorfall der Gebärmutter ist ein

namentlich bei den Frauen der arbeitenden Klasse häufig vorkommender Fehler. In der Regel führt derselbe auf frühere Wochenbetten, auf ungeheilte Dammrisse, auf zu frühes Aufstehen im Wochenbette zurück. Bei weiter Schamspalte schiebt sich zunächst ein kleiner Teil von der hinteren Scheidenwand heraus, dann tritt der mittlere und obere Teil der hinteren Scheidenwand vor und zuletzt auch die Gebärmutter. In der Nacht pflegen sich die Teile wieder hinaufzuziehen, um dann nach dem Aufstehn des Morgens allmählich wieder vorzutreten.

§. 229.

Wenn eine Frau, die mit Senkung oder Vorfall behaftet ist, schwanger wird, so pflegt die Senkung in den ersten Wochen sich zu verschlimmern. Erst, wenn die Gebärmutter so groß geworden ist, daß sie in dem kleinen Becken nicht gut mehr Raum findet, hebt sie sich und die Schwangere fühlt sich nun eine längere Zeit von ihren früheren Beschwerden frei.

Bei der Entbindung sind die früher gesenkten Teile sehr geneigt, unter den Preßwehen nach unten herauszutreten. Die Hebamme hat die Kreißende dann möglichst vom Drängen zurückzuhalten. Sie hat ferner sogleich darauf hinzuweisen, daß die Kranke im Wochenbett längerer Schonung bedarf und daß sie nicht eher das Bett verläßt, als bis die Geschlechtsteile wieder fest zusammengeschlossen sind. Alles Uebrige überläßt sie dem Arzt.

§. 230.

In seltenen Fällen ereignet es sich, daß erst während der Geburt die Gebärmutter vorfällt. Es ist das nur bei

weitem Becken, schmaler Gebärmutter und starkem Pressen möglich. Bis der Arzt zur Stelle ist, lagere die Hebamme die Kreißende hoch mit dem Kreuz, verbiete ihr alles Drängen und schiebe behutsam die vorgefallenen Teile nach der Richtung der Führungslinie in die Beckenhöhle zurück.

7. Von der Fehlgeburt.

§. 231.

Alle Geburten, welche vor der achtundzwanzigsten Woche der Schwangerschaft erfolgen, rechnet man zu den Fehlgeburten, weil dann die Frucht die Lebensfähigkeit noch nicht erreicht hat.

Das Vorkommen solcher Fehlgeburten ist außerordentlich häufig, ganz besonders um die Zeit vom dritten bis vierten Monat, wenn die Gebärmutter aus dem kleinen Becken in das große emporsteigen soll. Außerdem kommen aber auch in den ersten Wochen der Schwangerschaft viele Fehlgeburten vor, welche von den Frauen selbst nicht als solche bemerkt, sondern für eine reichliche monatliche Regel gehalten werden.

§. 232.

Die Ursachen der Fehlgeburten sind mannigfach. In den meisten Fällen liegt der Grund in der Beschaffenheit der mütterlichen Teile, besonders in Lageveränderungen, in Rückwärtsbeugung oder Senkung der Gebärmutter oder in früherer Erkrankung der Gebärmutterschleimhaut. In andern Fällen trägt eine äußere Schädlichkeit, ein schwerer Fall, anstrengende körperliche Bewegungen, ungestüme Ausführung des Beischlafs die Schuld. Ebenso kann aber auch Erkrankung

des Eis die Veranlassung abgeben, daß dasselbe unzeitig ausgestoßen wird. Einige Frauen bekommen sehr leicht eine Fehlgeburt, sobald sie sich nur geringen Schädlichkeiten aussetzen, andere können sich ohne Nachteil viel zumuten. Es hängt das hauptsächlich von dem früheren Gesundheitszustand ab.

§. 233.

Das erste, womit die Fehlgeburt sich ankündigt, ist Blutung. Diese Blutung entsteht durch Ablösung der Eihäute und zwar in der Regel durch Abreißen der Siebhaut. Lag die abgelöste Stelle weit oben, so wird das Blut nur langsam seinen Weg nach dem Muttermund finden und bis dahin die Eihäute nach und nach weiter ablösen, lag die Stelle unten, so wird eine größere Blutmenge alsbald zu Tage treten. Die Blutung dauert so lange an, als sich noch Eiteile in der Gebärmutter befinden. Durch die lange Dauer wird die Blutung der Kranken nicht selten gefährlich. Wenn auch auf einmal nicht gar viel Blut abgeht, so wird doch zuletzt bei dem langsamen Verlauf der Fehlgeburt der Gesammtverlust an Blut ein recht erheblicher.

§. 234.

Der Eintritt von Wehen folgt bei Fehlgeburten erst der Blutung nach. Es kommt dies daher, daß das Muskelfleisch der Gebärmutter in früherer Zeit der Schwangerschaft noch wenig entwickelt ist. Es ist daher auch das Auftreten von Wehen in diesen Fällen sehr wenig deutlich.

Die Dauer einer Fehlgeburt pflegt länger zu sein als die einer rechtzeitigen Niederkunft. Von der ersten Ablösung des Eis bis zur Ausstoßung seiner letzten Reste pflegen Tage

zu vergehen. Der enge und lange Mutterhals bedarf einige Zeit, um sich genügend zu eröffnen.

§. 235.

In den ersten Monaten der Schwangerschaft wird das Ei meistens ganz ausgestoßen. Die Eihäute sind dann noch dick, das Fruchtwasser ist in geringer Menge vorhanden, ein Blasensprung wird daher nicht bemerkt. Erst vom Anfang des siebenten Monats an pflegt ein Blasensprung der Ausstoßung des Fruchtkörpers vorherzugehen und somit der Verlauf dem einer rechtzeitigen Geburt immer mehr ähnlich zu werden.

Zurückbleiben von Eiteilen ist nach Fehlgeburten nicht selten. Entweder ist es der ganze Mutterkuchen, welcher noch längere Zeit und bisweilen ohne größeren Nachteil in der Gebärmutter zurückgehalten wird, oder es sind Stücke von der Siebhaut, welche erst nach und nach sich losstoßen. Die Zusammenziehung der Gebärmutter wird dadurch sehr gehindert und in der Regel geben die Frauen, welche eine Fehlgeburt durchgemacht haben, an, daß sie bei den zunächstfolgenden monatlichen Perioden an sehr reichlichem Blutabgang zu leiden gehabt hätten.

§. 236.

Wird die Hebamme zu einer Schwangern gerufen, welche von Blutabgang betroffen ist, so hat sie zunächst zu erwägen, ob es sich bei dieser Blutung etwa nur um eine Wiederkehr der monatlichen Regel während der Schwangerschaft handele.

Wäre dies der Fall, so dürfte es nur ein geringer Blutabgang sein, der genau an eben den Tagen, an welchen die monatliche Periode erwartet war, sich gezeigt hätte.

In den meisten Fällen wird die Hebamme bei Gebärmutterblutungen von Schwangern, zu denen sie gerufen wird, annehmen können, daß ein Teil des Eis sich abgelöst hat, und es wird für sie dann nur noch darauf ankommen, ob noch auf eine Aufhaltung der Fehlgeburt gehofft werden kann.

Die Hebamme richtet sich dabei nach folgenden Zeichen: die Stärke und Dauer des Blutabgangs, das Auftreten von Wehen, die Eröffnung des Muttermundes. Vor Allem aber schaue sie nach, ob unter den ausgeschiedenen Blutstücken bereits Eiteile enthalten sind und untersuche zu diesem Zweck die abgegangenen Stücke genau, nachdem sie dieselben in Wasser gelegt hat. Sind Eiteile schon darunter, so ist die Fehlgeburt sicher nicht mehr aufzuhalten.

§. 237.

Glaubt die Hebamme, daß die Fehlgeburt noch aufzuhalten sein möchte, so dringe sie zunächst darauf, daß die Schwangere sich ruhig zu Bett lege, unter kühler Bedeckung, bei mäßiger Zimmerwärme gehalten werde und nicht eher wieder körperliche Bewegungen unternehme, als bis (eine längere Zeit) jede Spur von Blutabgang verschwunden ist. Die genaueren Anordnungen darüber überlasse sie sodann dem Arzt, dessen Heranziehung von der Hebamme bei jeder Fehlgeburt zu fordern ist.

Ist dagegen die Fehlgeburt nicht mehr aufzuhalten und findet sich die Hebamme bei Abwesenheit des Arztes genötigt, selbst hülfreiche Hand anzulegen, so hat sie vor Allem die Blutung zu beachten und dafür zu sorgen, daß diese gemindert oder gestillt wird.

Das beste dazu dienende Mittel ist Ausspülung der

1-2 [illegible]

Scheide. Bei Fehlgeburten wird dieselbe schon ohnedem aus Rücksichten der Reinlichkeit immer erforderlich. Die Hebamme wählt dazu 3 procentiges Karbolwasser und macht die Einspritzung warm, wenn die Blutung nur eine mäßige war, nimmt dagegen das Wasser kühler bei stärkerem Blutabgang. Oeftere Wiederholung dieser Ausspülung ist für die Kranke wohlthätig.

§. 238.

Seite 167 und 172.

Der §. 238, Absatz 1 und §. 245, Absatz 7 erhalten folgenden Zusatz:

Vor Ausführung der Scheidenausstopfung mit Wattekugeln sind die Hände, wie vor jeder inneren Untersuchung, sorgfältig zu reinigen und zu desinfiziren.

---

beobachten, daß Wehen auftreten, und wenn sie dann die Stopfmittel nach ca. 12 Stunden entfernt, so wird sie den Muttermund weicher, bisweilen auch schon das gelöste Ei im Muttermunde finden. Eine Ausspülung mit Karbolwasser ist jedesmal an die Fortnahme des Stopfmittels anzuschließen.

§. 239.

Je nach dem Verlauf hat nun die Hebamme die Aus-

1-2% Lysol Desinfektion

Scheide. Bei Fehlgeburten wird dieselbe schon ohnedem aus Rücksichten der Reinlichkeit immer erforderlich. Die Hebamme wählt dazu 3 procentiges Karbolwasser und macht die Einspritzung warm, wenn die Blutung nur eine mäßige war, nimmt dagegen das Wasser kühler bei stärkerem Blutabgang. Oeftere Wiederholung dieser Ausspülung ist für die Kranke wohlthätig.

§. 238.

Bei allen stärkeren Blutungen dagegen reichen solche Ausspülungen nicht aus. Bei diesen muß vielmehr die Scheide ausgestopft werden. Zu diesem Zweck hat die Hebamme zunächst die äußeren Geschlechtsteile und die Scheide der Kranken gründlich zu säubern und sodann mit ihren Wattekugeln das Scheidengewölbe der Kranken so fest auszustopfen, daß dasselbe durch das Stopfmittel vollständig abgeschlossen ist. Dann kann kein Blut mehr hervorkommen und ebensowenig kann es sich oben ansammeln, weil die kleine Gebärmutter eine Blutansammlung nicht zuläßt.

Die Hebamme kann dann die jetzt gewonnene Zeit der Ruhe benutzen, um für die Erholung der Kranken zu sorgen, ihr kräftiges Getränk zu geben und sie über den Gang der Erkrankung zu beruhigen.

Meist wird die Hebamme nach Ausstopfung der Scheide beobachten, daß Wehen auftreten, und wenn sie dann die Stopfmittel nach ca. 12 Stunden entfernt, so wird sie den Muttermund weicher, bisweilen auch schon das gelöste Ei im Muttermunde finden. Eine Ausspülung mit Karbolwasser ist jedesmal an die Fortnahme des Stopfmittels anzuschließen.

§. 239.

Je nach dem Verlauf hat nun die Hebamme die Aus-

stopfung und Ausspülung öfter zu wiederholen. Durch geschickte Anwendung dieser beiden Mittel vermag sie in der Regel der Blutung leicht Herr zu werden.

Niemals darf die Hebamme an den aus dem Muttermund hervorhängenden Eiteilen mit dem Finger zupfen. Je vollständiger das Ei ausgestoßen wird, um so besser ist es für den Verlauf des Wochenbetts, jede Zersetzung des Eis ist sorgfältig zu vermeiden.

Die abgegangenen Eiteile hat die Hebamme zu sammeln und dem Arzt zu zeigen.

§. 240.

Für das Wochenbett bedarf eine Frau, die eine Fehlgeburt durchgemacht hat, die gleiche Schonung, wie jede Wöchnerin. Die Hebamme sei hierin recht streng und halte die Frauen an, die Fehlgeburt nicht zu leicht zu nehmen. Sehr viele Erkrankungen der Gebärmutter entstehen durch Vernachlässigung des Wochenbetts bei Fehlgeburten.

Die Gebärmutter schließt sich dann nicht rasch zusammen, ihre Wände bleiben weich, Ausflüsse halten noch länger an, daher ist es unbedingt nötig, daß die Wöchnerin ihre vollen 9 Tage der Bettruhe pflegt, gleich wie eine andere Wöchnerin.

Bei wiederholter Schwangerschaft bedürfen solche Frauen, die früher eine Fehlgeburt durchgemacht haben, ganz besondere Vorsicht. Eine Fehlgeburt hat leicht die Neigung sich zu wiederholen.

8. Von den Blutungen in den drei letzten Monaten der Schwangerschaft.

§. 241

Gebärmutterblutungen, welche in den letzten Monaten

der Schwangerschaft auftreten, rühren her von Ablösung des Mutterkuchens und in diesen Fällen handelt es sich fast immer um vorliegenden Mutterkuchen.

Der Mutterkuchen soll sich regelmäßiger Weise oben in der Gebärmutter ansetzen, und so ist es auch stets, wenn das befruchtete Ei bei seinem Eintreffen in der Gebärmutter eine enge Gebärmutterhöhle vorfindet.

Ist dagegen die Gebärmutterhöhle sehr weit, wie das bei Mehrgebärenden und nach Fehlgeburten vorkommt, so siedelt sich das Ei in den unteren Teilen der Gebärmutter an und an dieser Stelle bildet sich dann auch später der Mutterkuchen.

Man unterscheidet ein vollkommenes und ein unvollkommenes Vorliegen des Mutterkuchens. Ersteres ist dann der Fall, wenn der Mutterkuchen den ganz eröffneten Muttermund vollständig deckt.

§. 242.

Die ersten Monate der Schwangerschaft verlaufen bei tief sitzendem Mutterkuchen meist ohne Störung. Sobald aber der untere Teil der Gebärmutterhöhle sich zu dehnen anfängt, meist im achten Monat, löst sich ein Teil des Mutterkuchens ab, und es entsteht dann Blutung.

Diese Blutung kommt aus den zerrissenen mütterlichen Adern und erreicht bisweilen schon bei ihrem ersten Auftreten große Heftigkeit.

Durch Bildung von Blutgerinnseln pflegen sich die geöffneten Adern nach der ersten Blutung wieder zu verschließen; es vergeht nun eine Zeit von mehreren Wochen, bis eine weitere Ablösung des Mutterkuchens und damit eine stärkere Blutung erfolgt.

Auch diese zweite Blutung stillt sich häufig von selbst wieder, aber in den nächsten Wochen folgen nun weitere nach, jede stärker als die vorhergehende, die Zwischenräume zwischen den Blutungen werden immer kürzer.

So kommt die Schwangere in einen Zustand großer Blutarmut hinein, und wenn nun die Geburt erfolgt, findet sie sich im Zustand hochgradiger Schwäche.

Nicht selten trifft die Geburt verfrüht ein. Die Ablösung der Eiteile und bisweilen auch das Absterben des Kindes sind die Ursachen davon.

§. 243.

Bei der Geburt ist die Eröffnungszeit mit starker Blutung verbunden. Jede Wehe reißt dann durch die Anspannung der Muttermundsränder ein neues Stück des Mutterkuchens los.

Erst wenn ein vorliegender größerer Kindesteil in den Muttermund eintritt, hört die Blutung auf. Der Mutterkuchen wird dann durch den vortreibenden Kindesteil zur Seite gedrängt, oder wenn er vollkommen den Mutterkuchen deckte, auch wohl vor dem Kinde geboren (Vorfall des Mutterkuchens).

Auch in der Nachgeburtszeit ist noch ein stärkerer Blutabgang zu fürchten. Die unteren Teile der Gebärmutter sind bei Entbundenen immer schlaffer als der Muttergrund. Wenn der Mutterkuchen tief gesessen hat, wird daher der Blutabgang in der Nachgeburtszeit immer stärker sein als bei hohem Sitz.

Selbst in den ersten Stunden nach beendeter Geburt sind Frauen, welche einen vorliegenden Mutterkuchen hatten, noch immer in Gefahr. Bei solchen Blutverlusten folgen

leicht nach Entleerung des Leibes Ohnmachten und Herzschwäche, und erst, wenn mehrere Stunden des Wochenbetts ohne solche Zufälle vergangen sind, darf man auf Genesung hoffen.

Das Kind hat in vielen Fällen schon während der Schwangerschaft durch die Ablösung des Mutterkuchens gelitten. Außerdem kommt es bei der Geburt leicht durch fehlerhafte Lagen in Gefahr. Querlagen sind bei vorliegendem Mutterkuchen häufig.

§. 244.

Das Hauptzeichen, an welchem die Hebamme den vorliegenden Mutterkuchen erkennt, ist das Auftreten von Blutungen in den letzten Schwangerschaftsmonaten.

Durch die innerliche Untersuchung kann die Hebamme zwar auch das Vorliegen des Mutterkuchens erkennen, doch hat sie dabei sehr vorsichtig zu verfahren, damit sie nicht etwa mit dem untersuchenden Finger ein Stück des Mutterkuchens ablöse. Ist der Muttermund eröffnet, so wird sie durch denselben eine rauhe schwammige Masse fühlen. Bei geschlossenem Muttermund fühlt man über dem Scheidengewölbe eine weiche Masse und durch diese hindurch den vorliegenden Teil nicht so deutlich wie sonst.

§. 245.

Für die Behandlung des vorliegenden Mutterkuchens hat die Hebamme immer einen Arzt heranzuziehen; bis derselbe zur Stelle ist, kann sie aber selbst auch im Notfall viel thun, um einen unglücklichen Ausgang zu verhüten.

Bei dem ersten Blutverlust muß sie zuerst anordnen, daß die Kranke sofort sich zu Bett legt und in der Rückenlage mit gestreckten Beinen liegt, ohne sich viel zu rühren.

Das Zimmer ist nur mäßig warm zu halten, die Schwangere ist nur leicht zu bedecken, hat säuerliches Getränk zu genießen und ist vor jeder Aufregung durch Gespräche und lebhafte Unterhaltung zu bewahren.

Befolgt die Kranke streng diese Weisungen, so wird das oft schon hinreichen, um der Blutung Einhalt zu thun.

Bei stärkeren Blutungen aber wird die Hebamme sich auf den Erfolg dieser Anordnungen nicht verlassen dürfen. Hier muß vielmehr die Scheide ausgestopft werden und wenn die Hebamme das ordentlich macht, kann sie für die nächste Zeit vor Blutabgängen sicher sein.

Vor der Ausstopfung spült sie zunächst die Scheide mit 1 bis 2 procentigem Karbolwasser aus und tupft sie mit Watte trocken, soweit sie dem Gesicht zugängig gemacht werden kann.

Sodann führt sie einen reinen mit einem Faden umschnürten Wattebausch an den Muttermund und stopft nun mit weiteren Wattebäuschen das Scheidengewölbe dergestalt aus, daß dasselbe damit prall ausgefüllt ist. Haben die Stopfmittel keinen hinreichenden Halt und steht die Blutung nicht, so ist die Scheide bis zum Eingang hinunter ebenfalls mit Watte prall auszufüllen. Ist dies sorgfältig geschehen, so kann kein Blut mehr heraus und das spärliche Blut, welches dann noch oben aus den Adern heraussickert, wird dort gerinnen und die blutenden Adern verschließen.

Die Hebamme kann dann ruhig die Ankunft des Arztes und dessen weitere Bestimmungen abwarten.

§. 246.

Auf den Eintritt von Wehen achte die Hebamme mit besonderer Aufmerksamkeit. Bei vorliegendem Mutterkuchen

3 Zu Seitenkorridor

Auf jeden Fall straffe Ausführung.

verraten dieselben sich nur durch geringe Schmerzempfindung oder fehlt selbst der Wehenschmerz gänzlich.

Treiben unter stärkeren Drangwehen die eingeführten Stopfmittel unten vor, so nehme die Hebamme dieselben heraus und mache eine Einspülung mit Karbolwasser.

Die Blase bei vorliegendem Mutterkuchen zu sprengen, ist der Hebamme nicht erlaubt. Sollten aber nach dem Blasensprung die Füße über dem Muttermund liegen und dabei noch Blut abgehen, so darf die Hebamme einen Fuß fassen und denselben bis in die Schamspalte hinabziehn. Die Blutung wird dann sehr wahrscheinlich aufhören.

§. 247.

In der Nachgeburtszeit bedarf die Entbundene sorgsamer Aufsicht. Es ist zu wünschen, daß die Ausstoßung der Nachgeburt nicht zu lange zögert, da sonst der Blutabgang dadurch unterhalten wird. Die Hebamme wird daher gut thun, nicht zu lange nach Geburt des Kindes die Nachgeburt durch äußern Druck zu Tage zu fördern.

Ist die Nachgeburt geboren, so hat die Hebamme die Wöchnerin tief mit dem Kopf zu lagern, ihr den Leib fest mit einem Handtuch zu binden und ihr stärkende Getränke zu geben.

9. Von der Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter.

§. 248.

Eine Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter ist ein höchst unglückliches Ereignis, welches für die betroffene Frau häufig zu längerer Erkrankung oder zum Tode führt.

Das befruchtete Ei kann sich dabei an 2 verschiedenen Stellen ansiedeln, in dem Eileiter, Eileiterschwangerschaft, oder in der Bauchhöhle, Bauchhöhlenschwangerschaft.

Bei der Eileiterschwangerschaft hat das befruchtete Ei auf seinem Wege nach der Gebärmutter ein Hindernis gefunden und ist in dem Eileiter stecken geblieben. Dort entwickelt es dann seine Wasser- und Zottenhaut und dehnt die Wände des Eileiters von einander. Die Gebärmutter wird nach der Seite und vorn geschoben. In derselben entwickelt sich in der Regel eine Siebhaut.

Frauen, welche mit diesem Fehler behaftet sind, klagen über Druck und Spannung in der Beckenseite, in welcher sich das wachsende Ei befindet. Aus der Gebärmutter erfolgt bisweilen leichter Blutabgang mit Ausstoßung von Stücken der Siebhaut. Daneben haben die Kranken die gewöhnlichen Schwangerschaftserscheinungen.

Bei der Untersuchung findet die Hebamme die Gebärmutter seitlich hinter die Schamfuge gedrängt und neben der Gebärmutter eine runde auf Druck empfindliche Geschwulst.

In der Regel platzt der Eileiter in den ersten Monaten der Schwangerschaft und es entsteht dabei eine höchst gefährliche innere Blutung. Die Kranke bietet dann alle Zeichen von plötzlichem Verfall der Kräfte und ist ohne rasche ärztliche Hülfe meist bald verloren.

Bis zur Ankunft des Arztes suche die Hebamme die innere Blutung durch Anordnung strengster Ruhe und Auflegen von Eis auf den Unterleib in Schranken zu halten.

§. 249.

Bei der Bauchhöhlenschwangerschaft ist das Ei nicht von den Fransen des Eileiters aufgenommen worden, sondern

nach der Befruchtung von dem Eierstock in die Bauchhöhle gefallen.

Hier entwickelt es sich anfänglich zwischen Gebärmutter und Mastdarm, verdrängt die Gebärmutter nach vorn und hebt sich dann bei weiterem Wachstum in das große Becken hinauf, indem es die Gedärme in die Höhe schiebt. In der Gebärmutter bildet sich auch in diesem Falle öfters eine Siebhaut, welche bisweilen unter Blutabgang und Wehenschmerzen ausgestoßen wird.

Die in der Bauchhöhle gelagerte Frucht kann sich bis zur vollständigen Reife, selbst darüber hinaus entwickeln. In den meisten Fällen freilich stirbt sie vorher ab.

Der weitere Ausgang ist dann verschieden. Am günstigsten ist es, wenn die Frucht schrumpft, das Fruchtwasser eintrocknet und sich ein sogenanntes Steinkind entwickelt, welches lange Zeit ohne gefährliche Beschwerden getragen werden kann. In andern Fällen entzündet sich der Eisack, die Frucht vereitert und durch Bauchwand, Darm oder Blase werden unter langwieriger Eiterung Knochenteile der Frucht ausgestoßen.

Die Schwangerschaft in der Bauchhöhle ist oft schwer zu erkennen. Daß ein Arzt gerufen werden muß, sobald die Hebamme eine unregelmäßige Entwickelung der Gebärmutter und ihrer Nachbarteile vermutet, ist selbstverständlich.

10. Von der Ohnmacht, Scheintod und Tod der Schwangeren.

§. 250.

Ohnmacht nennt man den Zustand, bei welchem das Bewußtsein erloschen ist, die Glieder schlaff herunterhängen,

Herzschlag und Atmung aber noch fortbestehn. Schwangere sind infolge der Störungen des Blutlaufs leicht zu solchen Ohnmachtsanfällen geneigt, außerdem aber schließen sich an schwere Blutverluste leicht Ohnmachten an.

Um einer Ohnmächtigen zu helfen, sorge die Hebamme zunächst durch Oeffnen der Fenster für frische Luft, löse alle beengenden Kleidungsstücke bei der Kranken und lagere sie tief mit dem Kopf. Sodann bespritze sie das Gesicht mit kaltem Wasser, reibe die Schläfen und die Gliedmaßen und gebe der Kranken in Wasser oder auf Zucker 20 Hoffmann'sche Tropfen, was sie nach einiger Zeit wiederholen kann. Die Hebamme wird dann das Bewußtsein in der Regel bald wiederkehren sehn.

Ist Herzschlag und Atmung bei solchen Zuständen nicht wahrnehmbar, so handelt es sich um Scheintod oder wirklichen Tod.

Schleunigste Herbeirufung des Arztes ist in solchen Fällen dringend nötig, sowohl der Kranken als namentlich auch des Kindes wegen. Handelt es sich um eine Schwangere in den letzten Monaten, so vermag vielleicht noch der Arzt durch schleunige Herausförderung des Kindes das Leben desselben zu retten.

Siebenter Teil.

Von den Erkrankungen der Frucht und den Fehlern der Eiteile.

1. Von den Mißbildungen des Kindes und der unregelmäßigen Größe und Gestalt desselben.

§. 251.

Mißbildungen der Frucht entstehen durch Fehler ihres Wachstums in frühester Zeit der Schwangerschaft. Werden die edleren Teile, Kopf und Rumpf davon betroffen, so erreicht die Frucht häufig nicht die Reife oder stirbt während oder kurz nach der Geburt. Fehler an den Gliedmaßen, Fingern und Zehen stören dagegen das Fortleben der Frucht nicht.

Die häufigste Mißbildung, von welcher der Kopf betroffen wird, ist eine Wasseransammlung innerhalb des Gehirns. Dadurch kann der Schädel zu kugeliger Gestalt und unförmlicher Größe aufgebläht werden. Ein solcher Wasserkopf verrät sich während der Geburt durch den verzögerten Eintritt in das Becken, durch die Breite der Nähte und das Klaffen der Fontanellen. Oft wird die Geburt erst möglich, nachdem der Kopf von dem Arzt angebohrt und das Wasser abgelassen ist. Auch sind fehlerhafte Kindslagen bei solchen Wasserköpfen häufig, da sich

der übergroße Kopf nicht gut in das Becken zu stellen vermag. In allen Fällen, in welchen die Gebärmutter durch den Wasserkopf des Kindes stärker ausgedehnt wurde, liegt große Gefahr vor, daß dieselbe zerreißt.

In andern Fällen ist der wasserköpfige Schädel schon in früher Zeit der Schwangerschaft geplatzt und es wird dann eine Frucht mit fehlendem Schädeldach, eine häufige Mißbildung, ein sogenannter Froschkopf geboren. Bisweilen finden sich auch sackförmige Anhängsel am Schädel, Hirnbrüche, in welchen ein Teil des Gehirns durch eine Oeffnung im Schädelgewölbe ausgetreten ist.

Sackförmige Anhängsel finden sich ferner am Kreuzbein und an der Austrittstelle der Nabelschnur. Früchte, welche damit behaftet sind, sterben meist bald nach der Geburt.

Wenn die Oberlippe sich nicht von rechts nach links vereinigt hat, bleibt ein Spalt, den man Hasenscharte nennt.

Sind die Gaumenhälften nicht mit einander zusammengewachsen, so nennt man die gebliebene Spaltöffnung einen Wolfsrachen. Diese Fehler müssen operiert werden.

Angeborner Verschluß der Harnröhre führt zu starker Ansammlung von Urin in der Harnblase. Der Leib der Frucht kann dadurch so aufgebläht werden, daß die Geburt erheblich erschwert wird.

Verschluß des Afters oder des Mastdarms führt, wenn derselbe nicht durch ärztliche Hülfe beseitigt wird, in den ersten Lebenstagen zum Tode.

Ueberzählige Finger und Zehen erfordern ebenfalls ärztliche Hülfe.

Zusammengewachsene Zwillinge geben meistens ein bedeutendes Geburtshindernis ab. Bisweilen sind solche Kinder indes lebend geboren und auch am Leben erhalten.

§. 252.

Uebermäßige Größe des Kindes kommt selten vor und wird meistens von der Hebamme fälschlich als vorhanden angenommen. Rückt die Geburt trotz guter Wehen und regelmäßiger Kindeslage nur langsam vor, so liegt viel häufiger die Ursache in Enge des Beckens als in zu bedeutender Größe des Kindes. Kinder, welche 5 kg. und etwas darüber wiegen, sind schon außerordentlich selten. Werden noch höhere Gewichte angegeben, so ist das meistens die Folge einer ungenauen Wägung.

Ungewöhnliche Härte des Kopfes und Schmalheit der Nähte kommt ebenfalls nur selten in dem Grade vor, daß dadurch das Zusammenschieben der Kopfknochen unter der Geburt gehindert würde.

2. Von der Blasenmole.

§. 253.

Die Blasenmole ist eine Erkrankung der Zottenhaut. Es bilden sich dabei aus den Zotten Trauben oder Blasen, welche mit schleimigem Inhalt gefüllt und durch dünne Stiele mit einander verbunden sind. Die kleinsten Blasen sind mit bloßem Auge nicht zu erkennen, die größten erreichen die Größe einer kleinen Nuß.

Die Blasenmolen wachsen sehr rasch und die wuchernden Zotten dringen dabei in das Muskelfleisch von der Gebärmutterwand hinein. Die Frucht pflegt in den ersten Wochen oder Monaten abzusterben.

Während der Schwangerschaft treten oft Blutabgänge und schleimige Ausflüsse ein. Bei der Ausstoßung der Mole ist stärkere Blutung die Regel. Die gedehnte Gebärmutter vermag sich dann nur schlecht zusammenzuziehen, auch

bleiben in der Regel noch Stücke der Blasenmole zurück, welche die Zusammenziehung der Gebärmutter hindern.

Die Hebamme kann eine Blasenmole vermuten, wenn sie die Gebärmutter erheblich stärker ausgedehnt findet, als das der Schwangerschaftszeit entspricht, und wenn sie trotz der Größe der Gebärmutter keine Kindsteile in derselben fühlt, sondern nur eine Geschwulst mit weichem Inhalt findet.

Die Hebamme hat auf die Herbeirufung eines Arztes zu dringen. Bis zu dessen Ankunft hat sie ihre Fürsorge auf die Bekämpfung der Blutung zu richten. Ausspülungen der Scheide und bei stärkeren Blutungen Ausstopfung werden öfters nötig (vgl. §. 238.) Hervorziehn der Blase ist, da dasselbe ohne Zerreißung der Mole unmöglich ist, zu unterlassen.

3. Von der Blutmole.

§. 254.

Blutmolen nennt man kranke Eier, welche von ausgetretenem Blut so durchsetzt sind, daß die regelmäßige Gestalt der Frucht nicht deutlich mehr erkannt werden kann.

In derartigen Fällen finden sich zwischen den Eihäuten Schichten von geronnenem Blut, welche die Häute mit einander verkleben. Die Eihöhle selbst ist oft nur ein schmaler Spalt und der Fruchtkörper in derselben zusammengedrückt.

Wenn eine solche Masse aus der Gebärmutter ausgestoßen wird, glaubt man anfänglich leicht, nur einen Blutklumpen vor sich zu haben. Legt man dieselbe aber eine Zeit lang in's Wasser, so kommen nach Abspülen des Blutes Eihäute und Frucht zum Vorschein.

Blutmolen werden anders als die Blasenmolen, meist

auf einmal ausgestoßen; die Blutung dabei ist in der Regel nur gering.

4. Von den Fehlern der Eihäute.

§. 255.

Die Eihäute können zu dünn oder zu dick sein. Ist das erstere der Fall, so springt die Eiblase zu früh; für die Geburt ergeben sich dann alle Nachteile des vorzeitigen Wasserabflusses.

Bisweilen reißen die Eihäute oben anstatt über dem Muttermund, hoher Blasensprung. Dies kommt dann vor, wenn die Eihäute oben eine ausnahmsweise dünne Stelle hatten. Das Fruchtwasser sickert dann langsam ab und erst nachher erfolgt ein zweiter Blasensprung über der Muttermundsöffnung.

Auch ereignet es sich nicht selten, daß nur die Zottenhaut springt und dann etwas zwischen den Häuten angesammelte Flüssigkeit, sogenanntes falsches Fruchtwasser, abfließt, während die Wasserhaut zunächst noch hält.

Wenn die Eihäute zu derb sind, so treibt sich die Eiblase weit durch den Muttermund vor, ohne zu zerspringen. Es kann dabei durch die Zerrung eine vorzeitige Ablösung des Mutterkuchens erfolgen, auch ist es nicht erwünscht, wenn die Gebärmutter auf einmal die Frucht in unzerrissenen Eihäuten ausstoßen sollte.

In der Regel reißen dann die Eihäute, wenn der Kopf geboren wird, an dessen Scheitel ab. Das Kind wird, wie man zu sagen pflegt, in einer Eihautkappe geboren. In seltenen Fällen wird aber auch die Frucht in völlig unzerrissenem Eisack ausgestoßen.

Die künstliche Sprengung der Eiblase kann die Hebamme vornehmen, wenn der Kopf gut und fest vorliegt, die gespannte Eiblase in der Schamspalte steht und dort auch in der Wehenpause sichtbar bleibt. Die Hebamme drückt dann mit der Spitze des Zeigefingers gegen die Blase während der Wehe an, als wollte sie dieselbe gegen das Kreuzbein hinaufdrängen. Irgend welche Instrumente dabei zu benutzen, ist der Hebamme nicht gestattet. War die Eiblase schon weiter aus der Schamspalte herausgetreten, so kann die Hebamme sie mit den Fingern fassen und zerreißen.

5. Von den Fehlern der Nabelschnur.

§. 256.

Vorfall der Nabelschnur ist ein für das Kind sehr ungünstiges Ereignis. Bei regelmäßigen Geburten fällt die Nabelschnur deshalb nicht neben dem vorliegenden Teil herab, weil dieser vom Mutterhals fest umschlossen wird, lang genug wäre sie sonst dazu. Ein Vorfall der Nabelschnur kann daher nur erfolgen, wenn unten neben dem vorliegenden Teil Spielraum vorhanden ist.

Vorfall der Nabelschnur kommt daher vorzugsweise vor bei lose stehendem Kopf, bei engem Becken, bei Querlagen, Fußlagen, bei vielem Fruchtwasser, bei plötzlichem Abfluß desselben, bei sehr langer oder in der Nähe des Muttermundes eingepflanzter Nabelschnur.

Man unterscheidet das Vorliegen der Nabelschnur, solange die Eiblase noch steht und den Vorfall, sobald das Wasser abgeflossen ist.

Bei stehender Blase kommt die herabgetretene Nabel-

schnur meistens noch nicht in gefährlichen Druck, ist aber das Wasser fort, so wird die Nabelschnurschlinge zwischen vorliegendem Teil und Gebärmutterwand geklemmt und der Blutlauf in gefährlicher Weise gehindert.

Die in der Blase liegende Nabelschnur erkennt die Hebamme als pulsierende, verschiebbare Schlinge. Sobald sie dies gefühlt hat, schicke sie gleich zum Arzt. Mittlerweile lagere sie die Kreißende auf die der vorliegenden Nabelschnur entgegengesetzte Seite, möglichst weit vornübergeneigt, verbiete ihr alles Pressen und suche möglichst lange die Eiblase zu erhalten.

Sollte nachher die Nabelschnur bis vor die äußern Geschlechtsteile vorfallen, so sorge die Hebamme dafür, daß sie hier nicht gedrückt wird, indem sie sie behutsam in Watte einhüllt.

Bei Mehrgebärenden mit starken Wehen suche die Hebamme die Geburt, falls der Arzt noch nicht zur Stelle ist, zu beschleunigen, indem sie die Kreißende zu kräftigem Mitpressen auffordert.

§. 257.

Umschlingungen der Nabelschnur kommen häufig vor und zwar meistens um den Hals. In der Regel handelt es sich nur um eine einfache Schlinge, bisweilen aber, besonders bei langer Nabelschnur, sieht man sie auch mehrfach.

Wenn die Geschlechtsteile nachgiebig sind und der Hals der Frucht nicht zu lange im Muttermund oder Scheide steht, so haben die Umschlingungen meist keinen Nachteil. Wenn dagegen bei Erstgebärenden der Kopf lange im Einschneiden stand und mittlerweile die umschlungene Nabelschnur

zwischen Hals und Scheidenwänden gedrückt wurde, so kommt oft das Kind scheintot zur Welt. Die Hebamme wird eine solche Gefahr erkennen, wenn sie in der Austreibungszeit öfters den Herzschlag des Kindes behorcht. Findet sie denselben schwächer und seltner geworden, so ist der Arzt zu rufen.

Wie die Hebamme bei dem Austritt des Kindes mit der umschlungenen Nabelschnur zu verfahren hat, ist §. 122 gelehrt worden.

§. 258.

Zu lange Nabelschnur kann dadurch für das Kind nachteilig werden, daß sie leicht vorfällt und daß das Kind leichter sich in dieselbe verwickelt. Man hat Nabelschnüre beobachtet, welche die dreifache Länge des Kindes erreichten.

Zu kurze Nabelschnur ist sehr selten und vor der Geburt des Kindes kaum jemals zu erkennen. Die Zeichen, welche man dafür angegeben hat, so der Abgang von Blut während der Wehe, sind sehr trügerisch.

Bei der Geburt des Kindes halte die Hebamme den Körper der Frucht mit der Nabelgegend nahe an den Geschlechtsteilen, damit der Nabel nicht gezerrt werde.

§. 259.

Zerreißung der Nabelschnur kann erfolgen, wenn das Kind bei übereilter oder Sturzgeburt aus den Geschlechtsteilen hervorgeschleudert wird. Eine Blutung pflegt in der Regel dabei nicht einzutreten, doch ist dieselbe immerhin möglich, wenn die Nabelschnur nahe am Nabel abgerissen war. Die Hebamme wird die abgerissene Nabelschnur sofort zu unterbinden und, falls dieselbe am Nabel abgerissen war,

einen Druckverband anzulegen und diesen mit einer Nabelbinde zu befestigen haben.

§. 260.

Innerhalb der Gebärmutter kann eine Zerreißung der Nabelschnur dann vorkommen, wenn es sich um eine sogenannte häutige Einpflanzung der Nabelschnur handelt.

Es ist dies eine Art der Einpflanzung, bei welcher die Nabelschnur sich nicht in den Mutterkuchen einsenkt, sondern an die Eihäute geht und von dieser Stelle aus dann mit auseinandergehenden Adern sich nach dem Mutterkuchen hin verzweigt. Dabei kommt es bisweilen vor, daß eine oder mehrere dieser Adern sich gerade über dem Muttermund in der Eiblase befinden. Bei dem Blasensprung können diese einreißen und dadurch für das Kind eine tötliche Blutung entstehen.

Einpflanzung der Nabelschnur am Rande des Mutterkuchens kann dann nachteilig werden, wenn dieser Rand nahe am Muttermunde saß. Es kann dann die Nabelschnur durch den vorliegenden Teil gedrückt werden oder auch leicht vorfallen.

§. 261.

Wahre Knoten der Nabelschnur können sich während der Schwangerschaft bilden, wenn die Frucht im Fruchtwasser hinreichend beweglich war und durch eine Schlinge der Nabelschnur hindurchschlüpfte.

In der Regel sind diese Knoten nur locker angezogen und sehr selten ist es, daß durch einen solchen wahren, in der Gebärmutter zustande gekommenen Knoten der Blutlauf des Kindes in schädlicher Weise gestört wird.

6. Von den Fehlern des Fruchtwassers.

§. 262.

Das Fruchtwasser ist bisweilen in zu großer Menge vorhanden. Die Hebamme findet dann die Gebärmutter stark ausgedehnt, von kugeliger Form, ihre Wände gespannt, die Kindesteile schlecht durchfühlbar.

Bei solcher Ausdehnung der Gebärmutter kommen leicht fehlerhafte Kindeslagen und Vorfall kleiner Teile vor. Auch sind die Wehen im Anfange nur schwach und in der Nachgeburtszeit ist infolge der starken Ausdehnung der Gebärmutter Blutung zu fürchten.

Die Kreißende muß in diesem Falle zeitig auf das Geburtslager gebracht werden, damit sie nicht in aufrechter Stellung von dem Blasensprung überrascht wird. Auch wird die Hebamme in vielen Fällen gut thun, durch eine Leibbinde das Kind in guter Stellung zu erhalten. Ist die Blase gesprungen, so suche die Hebamme durch Anordnung ruhiger Rückenlage das rasche Hervorstürzen des Fruchtwassers möglichst zu verhüten. In der Nachgeburtszeit ist große Aufmerksamkeit auf die gute Zusammenziehung der Gebärmutter nötig.

Zu geringe Menge des Fruchtwassers kommt bei unverletzten Eihäuten niemals in dem Maße vor, daß dadurch die Frucht leiden könnte. In diesen Fällen ist die Gebärmutter schmal und der vorliegende Kindesteil eng von dem Gebärmutterhals umschlossen, so daß das wenige Fruchtwasser während der Geburt lange zurückgehalten wird.

Etwas anderes ist es aber nach dem Blasensprunge. Wenn dabei sehr viel Wasser abgegangen war und nun die Geburt des Kindes sich noch lange verzögert, so

kommt der Blutlauf in Mutterkuchen und Nabelschnur in große Gefahr.

Vollständiges Fehlen des Fruchtwassers kommt bei lebendem Kinde nicht vor. Nur bei abgestorbener und verschrumpfter Frucht kann auch das Fruchtwasser eintrocknen.

Als fehlerhafte Beimischungen in dem Fruchtwasser findet man bisweilen Kindespech, in seltenen Fällen auch Blut. Die Anwesenheit von Kindespech läßt immer darauf schließen, daß der Blutlauf des Kindes einst gestört gewesen ist. Beimengung von Blut zum Fruchtwasser findet sich nur bei abgestorbenen Früchten.

7. Von dem Absterben des Kindes in der Schwangerschaft.

§. 263.

Wenn eine Frucht während der Schwangerschaft abstirbt, so kann die Ursache davon in dem mütterlichen Körper oder in den Eiteilen gelegen sein. Alle schwer fieberhaften Erkrankungen der Schwangern und eine nicht fieberhafte Krankheit, die Syphilis, können zum Absterben der Frucht führen. Letztere kann durch Mißbildungen, Verknotung und Verschlingung der Nabelschnur, Erkrankung der Eihäute, Ablösung des Mutterkuchens das Absterben des Kindes bewirken.

Eine tote Frucht wird in der Regel bald von der Gebärmutter ausgestoßen. Wird sie ausnahmsweise nach dem Absterben noch in der Gebärmutter eine Zeit lang zurückgehalten, so erfährt sie in derselben eine Erweichung.

Das Fruchtwasser dringt dann in die Oberhaut, löst die oberen Schichten derselben ab, treibt den Leib auf, dringt in das Gehirn, macht die Nähte und die Kopfknochen

locker und durchtränkt die Nabelschnur, welche eine braunrote Farbe annimmt. Solche erweichte Früchte werden bei der Geburt wegen ihrer Nachgiebigkeit leicht ausgestoßen.

Wird die abgestorbene Frucht noch längere Zeit in der Gebärmutter zurückgehalten, so pflegt sie einzuschrumpfen, indem dann das Fruchtwasser eintrocknet. So ist es z. B. der Fall, wenn eine Zwillingsfrucht während der Schwangerschaft abstirbt und nun in der Gebärmutter bis zur Ausstoßung des reifen Zwillingsbruders zurückgehalten wurde.

Niemals geht in der Gebärmutter eine abgestorbene Frucht in Fäulnis über, so lange die Eihäute noch unzerrissen sind. Erst wenn nach dem Blasensprung die äußere Luft hinzutritt, kann rasch eine faulige Zersetzung eintreten.

§. 264.

Eine Schwangere, bei der die Frucht abgestorben ist, merkt in der Regel bald Veränderungen in ihrem Befinden. Sie spürt nicht mehr die Zeichen, welche den Eintritt der Schwangerschaft begleiteten, sie fühlt, falls sie sich in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft befindet, keine Kindesbewegungen mehr, sie merkt keine Zunahme des Leibes und der Brüste mehr und hat das Gefühl von Schwere und Kälte im Leibe. Namentlich wenn sie sich von einer Seite auf die andere hinüberlegt, scheint es ihr, als ob ein schwerer Körper hin- und herfiele.

Liegen solche Zeichen bei vorgeschrittener Schwangerschaft vor, so wird die Hebamme bei der Untersuchung bisweilen das Absterben der Frucht bestätigt finden.

Aeußerlich fühlt die Gebärmutter sich dann weich an, die Kindesteile treten nicht so prall und fest, wie sonst

hervor. Bewegungen sind nicht fühlbar, der Herzschlag ist nicht aufzufinden. Liegt der Kopf vor, so fühlen sich die Schädelknochen schlottrig an.

Ist die Hebamme ihrer Sache nicht vollkommen sicher, so spreche sie sich nur mit großer Vorsicht aus. Bisweilen ist das Abgestorbensein der Frucht schwer zu erkennen und in der ersten Hälfte der Schwangerschaft vor Eintritt der Geburt sogar niemals möglich.

Achter Teil.

Von dem unregelmäßigen Verlaufe der Geburt.

1. Von den fehlerhaften Wehen.

§. 265.

Die Zeichen, an welchen die Wehen als regelmäßige zu erkennen sind, sind oben im §. 88 angegeben. Die Wehen können in vierfacher Weise von der Regel abweichen. Sie können zu schwach, zu stark, krampfhaft oder zu schmerzhaft sein.

§. 266.

Der am häufigsten vorkommende Fehler sind die zu schwachen Wehen. Dieselben zeigen sich in verschiedener Weise. Entweder treten sie zu selten auf, oder jede einzelne Zusammenziehung ist zu kurz, oder die Zusammenziehung ist nicht kräftig genug. Auch kann die Wehenschwäche erst gegen Ende der Geburt hervortreten. Dies ist besonders der Fall, wenn die Gebärmutter ihre Kraft an der Ueberwindung eines Geburtshindernisses erschöpft hatte.

Schwache Wehen findet man bei sehr stark ausgedehnter Gebärmutter, bei vielem Fruchtwasser, bei Zwillingen, bei sehr jungen Kreißenden, sowie bei alten Erstgebärenden.

Fischer wie der
Gebiet

Außerdem kommen sie auch gelegentlich bei sonst kräftigen und gesunden Frauen vor.

Für die Kreißende bringen sie in den beiden ersten Geburtszeiten den Uebelstand mit sich, daß die Geburt sich länger verzögert und die Kräfte der Kreißenden mehr in Anspruch genommen werden. In der Regel ist dieser Nachteil aber nicht groß, sondern wird durch die nach Beendigung der Geburt folgenden Ruhestunden bald wieder ausgeglichen. Belangreicher ist es, wenn in der dritten Geburtszeit schwache Wehen vorhanden sind. Dann sind Nachgeburtsblutungen zu befürchten, von denen später die Rede sein wird.

Für das Kind haben die schwachen Wehen, so lange das Wasser noch steht, keinerlei Nachteil. Anders ist es nach dem Blasensprung. Eine sehr lange Dauer der Austreibungszeit kann das Kind immer gefährden. Je nach den Kindeslagen ist dann der Nachteil verschieden groß. Bei den Schädellagen schaden die schwachen Wehen am wenigsten, weil der vorliegende Kopf das Fruchtwasser am besten zurückhält, bei den vollkommenen Fußlagen bringen die schwachen Wehen den größten Nachteil.

§. 267.

Bei Wehenschwäche in der ersten Geburtszeit beschränke die Hebamme sich darauf, die Kreißende in freundlicher Weise zur Geduld zu ermahnen und für ihre Bequemlichkeit Sorge zu tragen. Sie schaffe ihr ein bequemes Lager, lasse sie auf demselben öfters ihre Lage wechseln, sorge für Ausleerung von Blase und Mastdarm, bedecke den Leib mit warmen Tüchern, gebe kräftige Getränke und ordne, wenn sich das irgend beschaffen läßt, ein warmes Vollbad an.

Mit diesen Anordnungen gewinnt man in der Regel Zeit, um nun das Eintreten kräftigerer Wehen abwarten zu können. Alle eingreifenden Verfahrungsweisen dagegen, Reiben der Gebärmutter, Auffordern zum Mitpressen oder gar Sprengen der Blase sind unbedingt zu unterlassen. Niemals unterfange sich auch die Hebamme, einer Kreißenden Wehenpulver zu verabreichen.

Ist die Blase gesprungen, so bedenke die Hebamme, daß dann durch die schwachen Wehen das Kind gefährdet werden kann. Sie beachte daher sorgfältig den Herzschlag des Kindes, und sobald derselbe schwächer wird oder Kindespech abgeht, benachrichtige sie den Arzt.

Wie in der Nachgeburtszeit bei schwachen Wehen zu verfahren ist, wird weiter unten gelehrt werden.

§. 268.

Zu starke Wehen sieht man viel seltener. Dieselben zeigen sich entweder so, daß die Wehen zu rasch auf einander folgen oder daß jede einzelne Zusammenziehung zu lange anhält. Dabei sind die Wehen mit starkem Danggefühl verbunden.

Für die Geburtswege bringen die zu starken Wehen den Nachteil, daß dieselben sich zu schnell eröffnen müssen. Es können daher Einrisse in Muttermund, Scheide und Damm die Folge sein von solch' einer übereilten Geburt. Auch sieht man öfters, daß die Gebärmutter, wenn sie ihren Inhalt zu rasch entleert hat, sich nachher um so weniger gut zusammenzieht.

Wird die Kreißende in ungeeigneter Stellung durch die starken Wehen von der Geburt überrascht, so kann eine sogenannte Sturzgeburt, mit Aufschlagen des Kindes auf

den Boden, die Folge sein. Die Zerrung, welche die Nabelschnur dabei erfährt, kann in einzelnen Fällen zum Abreißen derselben oder selbst auch zu einer Umstülpung der Gebärmutter führen.

Kreißende, bei denen zu starke Wehen vorhanden sind, bringe die Hebamme schon bei Beginn der Geburt in die Seitenlage und entziehe ihnen alle Stützen für Hände und Füße. Das Mitpressen ist thunlichst hintanzuhalten und der Damm frühzeitig und sorgfältig zu stützen. Treibt der Kopf rasch aus der Schamspalte vor, so kann die Hebamme durch Gegendruck mit der Hand das Hervorstürzen des Kindes zurückhalten.

§. 269.

Krampfhafte Wehen nennt man solche, bei denen die unteren Teile der Gebärmutter sich stärker, als sie sollen, zusammenziehen und dadurch die austreibende Wirkung der Wehen hindern.

Krampfhafte Wehen sind sehr selten und die Hebamme sei nicht leicht bereit, solche als vorhanden anzunehmen. Wo sie sich finden, da ist in der Regel rohes und ungeschicktes Untersuchen oder Ueberanstrengung der Kreißenden die Schuld.

Meistens gleicht sich diese fehlerhafte Zusammenziehung im weiteren Verlaufe der Geburt wieder aus. Die oberen Teile der Gebärmutter erreichen dann wieder das ihnen zukommende Uebergewicht und die Wehen kommen in ihrer austreibenden Kraft zur Geltung. Durch Auflegen von warmen Tüchern auf den Unterleib kann die Hebamme diese bessere Zusammenziehung befördern.

Eine besondere Art krampfhafter Wehen ist der soge-

nannte Starrkrampf der Gebärmutter; derselbe kommt besonders bei vernachlässigten Querlagen und bei Fällen vor, in denen ungeschickte Entbindungsversuche voraufgegangen waren, bisweilen auch bei engem Becken und lange verzögerter Austreibungszeit. In solchen Fällen liegt die Gebärmutter wie ein harter Stein eng um die Frucht und absatzweise Wehen sind an derselben nicht nachzuweisen. Auch schmerzt die Gebärmutter oft bei äußerem Druck.

Die Hebamme bedarf bei diesem Zustand unbedingt der Hülfe des Arztes.

§. 270.

Ungewöhnlich schmerzhafte Wehen werden meistens von jungen Erstgebärenden geklagt, die empfindlich sind und sich wenig zu beherrschen wissen. Die Hebamme vermag hier durch verständiges Zureden, gelegentlich auch durch ein ernstes Wort vorteilhaft einzuwirken.

In andern Fällen dagegen liegen wirklich nachweisbare Gründe vor, welche die ungewöhnliche Schmerzhaftigkeit der Wehen erklären. So ist bei dem gleichmäßig verengten Becken die Geburt durch besonders starken Wehenschmerz ausgezeichnet, weil dabei die Weichteile ringsum stark gequetscht werden.

Aehnlich ist es bei Querlagen, bei Wasserkopf, bei sehr straffem Muttermund, bei sehr enger Schamspalte, bei stark gefüllter Harnblase.

Die Hebamme hat je nach diesen Umständen ihr Verfahren verschieden einzurichten. Anwendung von Wärme in Form von warmen Tüchern auf den Unterleib und warme Bäder sind den Kreißenden in der Regel wohlthätig.

2. Von den Fehlern des Beckens.

§. 271.

Fehlerhafte Becken sind außerordentlich häufig; eine Hebamme, welche gut in der Untersuchung des Beckens geübt ist, wird diesen Fehler bei mancher Gebärenden auffinden.

Für die Geburt wird durch ein enges Becken ein erheblicher Nachteil gesetzt und wenn nicht das Kind ausnahmsweise klein und die Wehen ganz besonders kräftig sind, so bietet das enge Becken für den Fortgang der Geburt oft ein schweres Hindernis.

Es giebt sehr verschiedene Arten von fehlerhaftem Becken; von der Hebamme ist nicht wohl zu verlangen, daß sie genau alle die Besonderheiten der fehlerhaften Becken kennt, aber daß sie überhaupt das Vorhandensein eines fehlerhaften Beckens herausfindet und sich dann an einen Arzt wendet, darf von ihr beansprucht werden.

§. 272.

An einem gleichmäßig verengten Becken sind sämmtliche Durchmesser um gleich viel verkürzt. Die Verkürzung jedes einzelnen Durchmessers kann 1, selbst 2 und mehr Centimeter betragen. Die Gestalt des Beckens bietet dabei die gleiche Form, wie sonst, nur ist es in allen Richtungen kleiner.

Frauen mit einem derartigen Becken haben in der Regel einen kleinen Wuchs und feine Knochen, schmale Knie und Knöchel, schlanke Schienbeine, zierliche Hände und Füße.

Bei der Untersuchung findet die Hebamme, daß die Darmbeine näher zusammenstehen als sonst und daß die Ent-

fernung vom Kreuz bis zur Schamfuge geringer ist, als gewöhnlich.

Bei der inneren Untersuchung erreicht sie leicht den Vorberg und vermag seitlich die Beckenwände mit der Fingerspitze bis zur Bogenlinie des Darmbeins zu bestreichen.

Die Geburt wird durch ein gleichmäßig verengtes Becken erheblich erschwert. Die Wehen sind dabei in der Regel schwach und sehr schmerzhaft. Die Weichteile im Becken werden allseitig gedrückt und man bemerkt oft Anschwellung der vorderen Muttermundslippe und der äußeren Geschlechtsteile. Der Kopf kann nur mit ganz tiefstehendem Hinterhaupte das Becken passiren, bedeckt sich mit einer großen Kopfgeschwulst und zeigt nach der Geburt einen auffallend hervortretenden Hinterkopf.

Die höchsten Grade des gleichmäßig verengten Beckens findet man bei Personen, welche erheblich im Wachstum zurückgeblieben sind, bei Zwergen. Man nennt solche Becken *Zwergbecken*.

§. 273.

Am häufigsten ist eine Verengerung des Beckens, welche durch während der Kindheit bestandene *englische Krankheit* (Rachitis) bewirkt wird.

Man nennt solche Becken, welche durch diese Krankheit gelitten haben, *platte Becken*. Der gerade Durchmesser des Beckeneingangs ist bei ihnen verkürzt, die übrigen Durchmesser weniger verkürzt oder selbst verlängert.

Die Hebamme kann einen solchen Fehler vermuten, wenn die Schwangere angiebt, daß sie erst spät das Gehen erlernt und als Kind an schwachen Gliedern gelitten habe.

Man findet bei diesen Personen eine untersetzte Figur,

die Knochen derb und breit, das Kreuz eingezogen, die Hüften breit, die Knie und Knöchel plump, die Schienbeine verbogen.

Die Darmbeine klaffen nach vorn, die Wölbung der Darmbeinkämme ist abgeflacht, hinten ist die Kreuzgrube tief eingezogen, dagegen steht die untere Spitze des Kreuzbeins nach hinten vor. Innerlich stößt die Fingerspitze hinten auf den scharf vorspringenden Vorberg, bisweilen



Fig. 35. Plattes Becken.

auch auf die benachbarten Teile des Kreuzbeins oder der Lendenwirbel. Das Kreuzbein hat seine regelmäßige Wölbung verloren, es verläuft gestreckter von oben nach unten und das Steißbein biegt sich mit starker Knickung nach vorn. Von rechts nach links ist das Kreuzbein ebenfalls nicht ausgehöhlt wie sonst, sondern die Wirbelkörper treten schärfer hervor, als dies der Fall sein soll.

Der Beckeneingang erscheint wie von vorn nach hinten zusammengedrückt, der Vorberg ist weiter nach vorn und unten gegen die Schamfuge zu gerückt und so der gerade Durchmesser verkürzt, der quere Durchmesser ist dagegen

verlängert. Im Beckenausgang klafft der Schambogen weit von einander, die Sitzbeinhöcker stehen weit von einander entfernt, der quere Durchmesser des Beckenausgangs ist verlängert.

Ein plattes Becken macht oft schon während der Schwangerschaft durch begleitenden Hängebauch Beschwerden. Auch sind die regelmäßigen Kindeslagen bei demselben nicht so häufig wie sonst. Querlagen, Fußlagen, Nabelschnurvorfall wird häufiger als bei regelmäßigem Becken beobachtet.

Bei Eintritt der Geburt bleibt zunächst der vorliegende Kopf höher über dem Becken stehn. Infolge davon treibt sich die Eiblase in länglicher Form weit in die Scheide und wenn nun der Blasensprung erfolgt, fließt reichlich Wasser ab und es legt sich dann der Muttermund schlaff wieder zusammen.

Untersucht man dann die Stellung des Schädels, so findet man die Pfeilnaht quer und nahe an dem Vorberg verlaufend, das an dem Kreuzbein befindliche Scheitelbein aufgehalten, untergeschoben und abgeflacht — die schon früher besprochene vordere Scheitelbeinstellung. In dieser Stellung paßt sich der Schädel dem Beckeneingang an, verlängert und verschmälert sich und preßt sich in denselben hinein. Sobald die größte Biegung des Scheitelbeins am Vorberg hinabgeglitten ist, rückt der Kopf dann rasch in das Becken, geht öfters quer durch die Beckenhöhle und dreht sich erst im Beckenausgang mit dem Hinterhaupt nach vorn. An dem Kopf erkennt man dann noch an einem roten Streifen oder an einer rinnenförmigen Einbiegung der Schädelknochen, welche Teile an dem Vorberg hinabgetrieben sind.

§. 274.

Für die Kreißende bringen solche Geburten bei platt verengtem Becken viele Gefahren, und wenn die Verengerung im geraden Durchmesser 4 Centimeter und darüber beträgt, so wird die Geburt eines reifen Kindes selbst ganz unmöglich.

Ist die Verengerung geringer, so kann unter günstigen Umständen ein lebendes Kind auf natürlichem Wege geboren werden, aber eine stärkere Quetschung der weichen Geburtswege ist doch dabei unvermeidlich. Namentlich die an Schamfuge und Vorberg liegenden Weichteile erfahren oft einen stärkeren Druck. Vorn kann die Harnblase so gequetscht werden, daß später eine Blasenscheidenfistel entsteht, hinten kann das Scheidengewölbe oder die hintere Wand des Mutterhalses gegen den Vorberg in gefährlicher Weise gedrückt werden. Auch ist in Fällen von stärkerer Verengerung, wenn die kräftigen Wehen das Kind nicht in das Becken hinein zu treiben vermögen, eine Zerreißung der Gebärmutter zu befürchten.

Das Kind kommt bei dem engen Becken mindestens durch die Verzögerung der Austreibungsperiode in Gefahr. Es leidet dann der Blutlauf in der wasserleeren Gebärmutter. Außerdem werden ihm die häufig vorkommenden fehlerhaften Lagen, bisweilen auch die Verletzungen, welche der Kopf am Vorberg davongetragen, nachteilig.

§. 275.

Eine Schwangere mit engem Becken soll die Hebamme mehrere Monate vor der Geburt an einen Arzt verweisen. Vielleicht ist es diesem möglich, durch künstliche Einleitung der Frühgeburt die Gefahren einer rechtzeitigen Niederkunft abzuwenden.

Kommt die Hebamme erst zu der Kreißenden hinzu, so wird in der Regel nötig werden, daß sie den vorhandenen Hängebauch aufbindet, für Entleerung von Blase und Mastdarm sorgt, die Kreißende zeitig lagert, die Eiblase thunlichst zu erhalten sucht und der Gebärenden eine solche Lagerung giebt, daß ein größerer Kindesteil, am besten der Schädel, voll auf's Becken tritt. Alle weiteren Anordnungen überlasse sie dem Arzt, dessen Heranziehung zu der Geburt von ihr zu fordern ist.

Sobald in der Austreibungszeit ein größerer Teil des hinten stehenden Scheitelbeins am Vorberg herabrückt, halte die Hebamme sich gefaßt darauf, daß der Kopf nun sehr rasch herabkommt und daß sie sehr bald den Damm stützen muß.

§. 276.

Eine seltene Art von engem Becken wird durch Knochenerweichung (Osteomalacie) hervorgebracht.



Fig. 36. Durch Knochenerweichung verengtes Becken.

Die Knochenerweichung ist eine Erkrankung, welche nur Erwachsene und zwar vorzugsweise Schwangere befällt; die Knochen verlieren dabei ihre Festigkeit, den Kranken wird

das Gehen schwer, sie haben Schmerzen und ein Gefühl von Lähmung in den Gliedern.

Das erweichte Becken wird bei dieser Krankheit von den Schenkelköpfen aus und von den Lendenwirbeln zusammengedrückt.

Die Schamfuge treibt sich schnabelförmig vor, der Schambogen verengt sich beträchtlich, die Sitzbeinhöcker treten mehr zusammen, der Beckenausgang ist in gerader Richtung hochgradig verengt. Der Beckeneingang hat die Form von einem dreieckigen Spalt.

Nur in einzelnen Gegenden Preußens, namentlich in Gebirgsgegenden und im Rheintal kommt die Knochenerweichung vor.

Die Erkenntnis dieser Erkrankung ist in den meisten Fällen leicht. Auch wird sich die fehlerhafte Gestaltung des Beckens in der Regel schon bald an dem spitzen Hervortreten der Schamfuge, sowie an der Verengerung des Schambogens erkennen lassen.

§. 277.

Seltener findet sich das schräg verschobene Becken;



Fig. 37. Schräg verschobenes Becken.

Dieses bildet sich während des heranwachsenden Alters bei solchen Personen aus, welche an seitlicher Verkrümmung der Wirbelsäule oder an gestörtem Gebrauch eines Beines leiden. Bei Manchen von diesen wird die Hebamme schon durch den hinkenden Gang oder durch das Höherstehn der einen Schulter auf den ungleichmäßigen Bau des Beckens aufmerksam werden.

Noch seltener ist das durch Wirbelverschiebung verengte Becken, bei welchem die Lendenwirbelsäule abwärts dergestalt in das Becken gerutscht ist, daß sich die untersten Lendenwirbel dachförmig vor den Vorberg gelagert haben.



Fig. 38. Becken mit Wirbelverschiebung.

Es gehört hierher ferner das angeboren querverengte Becken, von dem bisher nur wenige Exemplare bekannt geworden sind, und sodann das durch Geschwülste verengte Becken.

Solche Geschwülste können von verschiedener Form,



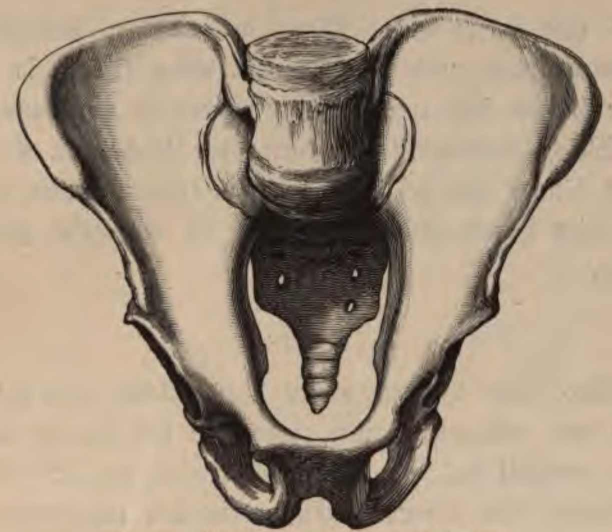


Fig. 39. Angeboren querverengtes Becken.

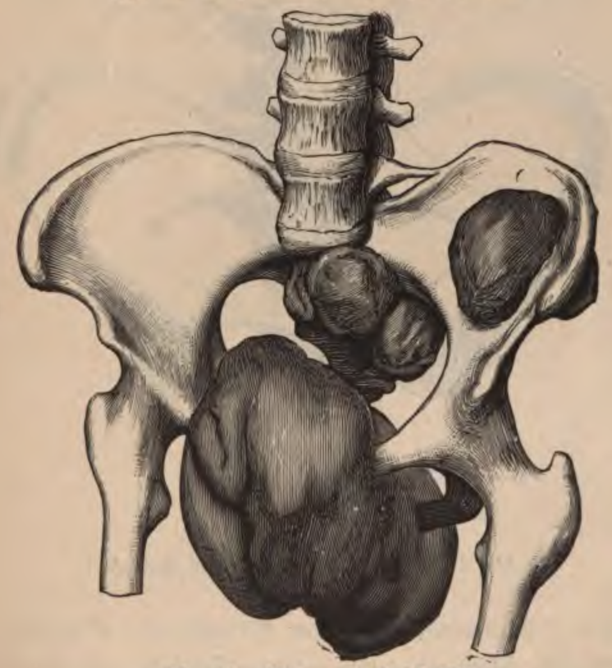


Fig. 40. Becken mit Geschwülsten.

Größe und Härte sein. Wenn sie mit den Beckenknochen zusammenhängen und im kleinen Becken sitzen, so stören sie die Geburt sehr erheblich oder machen sie ganz unmöglich.

Weiche Geschwülste dagegen oder solche mit flüssigem Inhalt können sich bei der Geburt zusammendrücken, bersten oder beim Herabrücken des Kindes in die Höhe geschoben werden.

§. 278.

Alle solche Verengerungen des Beckens wird die Hebamme gut erkennen können, wenn sie sich ein für allemal daran gewöhnt hat, bei jeder Gebärenden der Untersuchung des Beckens ihre besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.



Fig. 41. Innere Ausmessung des Beckens.

Bei regelmäßigem Becken erreicht die Hebamme nur mühsam den Vorberg und vermag seitlich am Rande des

Beckeneingangs die tiefste Aushöhlung der Bogenlinie nicht abzureichen.

Bei engem und namentlich bei der so häufigen Form des platten Beckens wird die Hebamme den Vorberg leicht erreichen.

Eine ungefähre Messung der Weite des geraden Durchmessers des Beckeneingangs kann die Hebamme in folgender Weise vornehmen. Sie führt Zeige- und Mittelfinger ein und bringt die Spitze des Mittelfingers an den Vorberg. Mit dem Zeigefingernagel der freien Hand drückt sie dann eine Nagelmarke an die Hautfalte, welche mit dem untern Rand der Schamfuge in Berührung ist (vgl. Fig. 41). Sodann zieht die Hebamme die Hand in unveränderter Haltung der Finger aus dem Becken zurück und mißt den Abstand von der Spitze des Mittelfingers bis zu der Nagelmarke. 2 Centimeter davon abgezogen giebt die ungefähre Größe des geraden Durchmessers des Beckeneingangs.

§. 279.

Gegenüber den Beckenverengerungen giebt es auch gleichmäßig zu weite Becken, namentlich bei Frauen von sehr großem Körperwuchs oder solchen von mittlerem Wuchs mit sehr feinen Knochen. Falls dabei die Weichteile regelmäßig gebildet sind, bringt das zu weite Becken meist keinen Nachteil. Sind dagegen die weichen Geburtswege ebenfalls gedehnt und klaffend, so können alle Nachteile entstehen, welche einer übereilten Geburt zukommen.

3. Von den Fehlern der mütterlichen Weichteile.

§. 280.

Bisweilen ist der Muttermund so weit aus der Führungs-

linie abgewichen, daß derselbe bei der ersten Untersuchung schwer aufzufinden ist. Die Hebamme kann dies schon vermuten, wenn sie äußerlich den Muttergrund weit nach einer Seite abgewichen fand. Sie wird dann den Muttermund in der entgegengesetzten Seite zu suchen haben. Seitenlagerung der Kreißenden, so daß der Muttermund besser in die Führungslinie gestellt wird, schafft bald Abhülfe.

Bei starkem Hängebauch wird die Hebamme den Muttermund weit nach hinten gestellt finden. In Fällen, in denen früher eine Rückwärtsbeugung der Gebärmutter bestand, steht dagegen der Muttermund näher an der Schamfuge.

Ungewöhnliche Straffheit der Muttermundsränder findet sich öfters bei Erstgebärenden. Schmerzhafte Eröffnungswehen und verzögerte Erweiterung des Muttermundes sind die Folge davon. In der Regel aber tritt doch bei weiterem Fortgang der Geburt solche Erweichung der Muttermundsränder ein, daß größere Einrisse ausbleiben.

Schlimmer gestaltet sich die Sache, wenn die Muttermundsränder krebsig entartet sind. Starke Einrisse und beträchtliche Blutungen bleiben dann bei der Eröffnung des Muttermundes selten aus.

Bisweilen findet man bei Gebärenden die Muttermundsöffnung durch Narben verwachsen oder durch zähen Schleim verklebt. Dabei wird der untere Abschnitt der Gebärmutter tief in das Becken getrieben und durch den herabdrängenden Kindesteil so verdünnt, daß man Nähte und Fontanellen gleichwie durch die Eiblase deutlich durch denselben hindurchfühlt. Den Muttermund findet man dann erst bei sehr genauem Zufühlen, in der Regel weit nach hinten und dadurch kenntlich, daß die Muttermundsgrube von einem

kleinen ringförmigen Wall, dem Ueberrest des Scheidenteils umgeben ist Die Hebamme hat den Arzt hinzuzuziehen.

§. 281.

Zerreißung der Gebärmutter ist ein höchst unglückliches Ereignis, welches meist mit dem Tode von Mutter und Kind endet. Dieselbe kommt am häufigsten im unteren Abschnitte der Gebärmutter vor. Enges Becken, Wasserkopf, vernachlässigte Querlagen können die Ursache sein. In andern Fällen ist aber fehlerhafte Kunsthülfe als Ursache zu beschuldigen. Rohe Ausführung von Operationen, insbesondere der Wendung, ungeschicktes Verfahren beim Abschälen der Nachgeburt kann dies traurige Ereignis herbeiführen.

Die Zerreißung wird von der Kreißenden bisweilen deutlich gefühlt. Bald darauf verfällt sie, wird blaß, bekommt elenden Puls und bietet die Zeichen der Verblutung. Das Blut fließt in die Bauchhöhle oder nach außen. Die Wehen hören nach der Zerreißung vollständig auf. Kind und Nachgeburt treten, falls der Riß groß war, durch denselben in die Bauchhöhle. Nur die schleunigste Entbindung kann das Kind und gelegentlich auch die Mutter retten.

§. 282.

Narbige Verengerung der Scheide findet sich bei solchen Gebärenden, welche früher infolge von Typhus, Pocken, Syphilis und Kindbettfieber an ausgedehnten Verschwärungen der Scheide gelitten haben. In solchen Fällen scheint es oft unmöglich, daß das Kind die Scheide ohne tiefere Einrisse passiert, in wunderbarer Weise pflegen sich aber derartige Verengerungen während der Geburt so zu dehnen, daß meistens eine eingreifende Operation nicht nötig wird.

Im Scheideneingang findet man in seltenen Fällen bei Erstgebärenden noch das Jungfernhäutchen erhalten. Dasselbe setzt dem Vorrücken des Kopfes bisweilen starken Widerstand entgegen und öfters wird seine Spaltung durch Einschnitte nötig.

Große Enge der Schamspalte ist bei Erstgebärenden häufig. Verzögerter Austritt des Kopfes und Einrisse im Scheideneingang sind dabei die gewöhnliche Folge.

In seltenen Fällen findet man die Scheide und selbst auch die Gebärmutter durch eine in der Mitte verlaufende Leiste oder Scheidewand in 2 Hälften geteilt. Es ist dies ein angeborener Fehler. Gebärmutter und Scheide wachsen nämlich aus zwei seitlichen Kanälen zusammen und bisweilen bleibt von den mittleren Scheidewänden dieser Kanäle ein Teil stehn, so daß dann der Geburtskanal geteilt bleibt.

§ 283.

Dammrisse erfordern stets die besondere Aufmerksamkeit der Hebamme, dieselbe darf sich nicht scheuen, sie sofort dem Arzt zur Anzeige zu bringen. Die Hebamme trifft keineswegs immer die Schuld, wenn ein Dammriß zustande gekommen ist. Nicht selten ist derselbe auch bei der äußersten Vorsicht nicht zu verhüten.

Die Dammrisse beginnen meist am Schamlippenbändchen und setzen sich von dort in der Naht nach hinten in den Damm fort. Von selbst heilen sie sehr schwer, vielmehr muß jeder größere Riß, wo möglich innerhalb der ersten 24 Stunden genäht werden. Wurde dies unterlassen, so bleibt die Schamspalte nach hinten klaffend, eine Senkung der hintern Scheidenwand oder gar der Gebärmutter kann die Folge sein.

Besonders schlimm ist es, wenn der Dammriß bis in

den After durchgeht. Solche Frauen sind in einem traurigen Zustand, indem bei dem Klaffen des Schließmuskels der Kot von ihnen nicht zurückgehalten werden kann. Operative Hülfe ist unbedingt erforderlich.

Bei sehr breitem Damm hat man in seltenen Fällen das Vorkommnis beobachtet, daß das Kind durch den Damm hindurch geboren wurde, während Schamlippenbändchen und Schließmuskel des Afters unversehrt blieben. Von der hintern Scheidenwand führt dann durch die Oeffnung des Dammes ein weiter Kanal. In der Regel ist aber die Heilung solcher Wunde nicht schwierig.

§. 284.

Im Scheideneingang sitzen oft größere Aderknoten, welche bei der Geburt zerreißen können. Diese Zerreißung geschieht in dem Augenblick, wenn der Kopf den Scheideneingang auseinander dehnt, und die daraus folgende Blutung wird erst bemerkt, wenn das Kind vollends geboren ist. Hatte die Hebamme vorher genau untersucht, so wird sie bei solcher Blutung schon vermuten können, wo sie die blutende Stelle zu suchen hat. Oft findet sie dieselbe nicht hinten im Scheideneingang, sondern vorne am Kitzler und in der Nähe der Harnröhrenmündung. Die Gebärmutter fühlt sich dabei fest an, das Blut rieselt unten im Strom aus der Scheide hervor und nicht selten gelingt es der Hebamme auch, die blutende Stelle deutlich zu Gesicht zu bekommen.

Sie muß dann suchen, bis der Arzt zur Stelle ist, die Blutung durch Druck zu stillen. Sie drückt einen Wattebausch dagegen, stopft noch andere des bessern Halts wegen nach und legt der Entbundenen mittelst 2 Tüchern eine so=

genannte T=Binde um, indem sie ein Tuch quer um den Leib legt und ein anderes, zwischen den Schenkeln durchgeführtes, vorn und hinten an dem ersteren befestigt. Dadurch lassen sich die Wattebäusche fest gegen die blutende Stelle angedrückt erhalten.

In andern Fällen platzt wohl der Aderknoten, nicht aber die bedeckende Schleimhaut und es erfolgt eine Blutung unter die Schleimhaut mit Bildung einer sogenannten Scheidenblutgeschwulst. Aus dem zerrissenen Aderknoten sickert das Blut nach unten in die Weichteile des Dammes und der Schamlippen. Die große Schamlippe füllt sich mehr und mehr und bildet eine blaue Geschwulst, welche der Entbundenen Druck und Schwere nach unten bewirkt. Hat sich unten die Schamlippe so weit verfüllt, daß sie sich nicht stärker dehnen kann, so steigt das Blut an der hintern Scheidenwand, immer unter der Schleimhaut, weiter in die Höhe.

Die Hebamme mache, bis der Arzt kommt, kalte Aufschläge auf die blutunterlaufenen Teile. Von dem Arzt wird dann in der Regel ein Einschnitt in die geschwollene Schamlippe gemacht werden, da dieselbe sonst leicht brandig wird.

4. Von dem Absterben des Kindes während der Geburt und dem Scheintod des Neugeborenen.

§. 285.

Das Leben des Kindes wird in der Gebärmutter durch den Blutlauf unterhalten. Jede Störung, welche den Blutlauf in der Nabelschnur oder in dem Mutterkuchen hemmt, gefährdet das kindliche Leben. Solange der Mutterkuchen fest an der Gebärmutterwand haftet und solange Mutter=

kuchen und Nabelschnur von hinreichendem Fruchtwasser umspült werden, kommt der kindliche Blutlauf nicht leicht in Gefahr. Ist dagegen reichlich Fruchtwasser abgeflossen, so schließt sich die Gebärmutter enger um den Mutterkuchen zusammen und die Erfrischung des kindlichen Blutes wird dadurch immer gestört. Auch kann die Nabelschnur, wenn sie umschlungen, verknotet oder nach unten vorgefallen war, einen gefährlichen Druck ihrer Adern erfahren. Sehr viel seltener ist es, daß ein Kind während der Geburt durch Verletzungen des Schädels und der Nähte in gefährlicher Weise leidet. Derartige Fälle sind bei erheblich verengtem Becken und stürmischen Wehen möglich.

§. 286.

So lange die Frucht lebt und gesund ist, hört die Hebamme deutlich ihren Herzschlag in einer Häufigkeit von ungefähr 144 in der Minute.

Sobald der Blutlauf des Kindes leidet, verändert sich alsbald sein Herzschlag. Zunächst wird er ein wenig rascher, sodann folgt die Verlangsamung und wenn seine Häufigkeit auf 100 hinuntergegangen ist, so steht es mit dem Befinden des Kindes schon recht schlecht.

Dabei verändert sich auch der Klang des Herzschlages, der zweite Ton des Doppelschlags wird lauter, der erste leiser, zuletzt hört man nur noch einen Schlag, den zweiten.

Ein weiteres Zeichen, daß das Kind in seinem Blutlauf leidet, sind zuckende, gewaltsame Bewegungen desselben. Man fühlt diese mit der äußerlich aufgelegten Hand. Diese Bewegungen rühren her von Atemversuchen der Frucht. Sobald nämlich der Blutlauf in Mutterkuchen oder Nabelschnur gestört wird, schnappt das Kind nach Luft. Bei diesen

Atemversuchen zieht es Fruchtwasser, Schleim, Blut oder Kindspech in die Luftröhre hinein und das Atembedürfnis der Frucht wird dadurch nicht befriedigt.

Ein drittes Zeichen ist der Abgang von Kindspech. In der Erstickungsnot läßt das Kind Urin und Kindspech in das Fruchtwasser gehen. Nur bei Beckenendelagen hat der Abgang von Kindspech, wie oben angegeben, nicht die üble Bedeutung.

§. 287.

Den während der Geburt erfolgten Tod der Frucht kann die Hebamme annehmen, wenn nach dem Vorausgehn der beschriebenen Zeichen der Herzschlag aufhört. War die Nabelschnur vorgefallen, so kann die Hebamme ebenfalls an der längeren Pulslosigkeit derselben den eingetretenen Tod der Frucht sicher erkennen. Das Verschwinden der Bewegungen des Kindes ist ein weniger brauchbares Zeichen. Auch bei lebenskräftigen Kindern vergeht oft eine Zeit lang, bis die Frucht sich bewegt.

Ist die tote Frucht bereits in Erweichung übergegangen, so wird die Hebamme dies am vorliegenden Teil an der Ablösung der Oberhaut wahrnehmen.

§ 288.

In allen Fällen, in welchen die Hebamme wahrnimmt, daß das Kind leidet, wird sie sogleich einen Arzt heranzuziehn haben. Glaubt sie den Tod der Frucht erkannt zu haben, so teile sie das der Kreißenden zunächst nicht mit, mache aber den Angehörigen zu ihrer Rechtfertigung Mitteilung von dem, was sie wahrgenommen hat.

§. 289.

Kommt das Kind zur Welt, während es sich in dem

Berührung mit d. Opfer.

beschriebenen Zustande von Erstickungsnot befindet, so wird es scheintot geboren. Unter Scheintod des Neugeborenen versteht man den Zustand, in welchem das Kind keine Bewegungen macht, namentlich auch keine Atmung zeigt, wogegen aber das Herz noch pulsiert.

Man unterscheidet zwei Arten von Scheintod, den blauen Scheintod und den blassen Scheintod.

Bei dem blauen Scheintod ist die Hautoberfläche des Kindes mit Blut gefüllt, hat aber eine blaurote Farbe. Atembewegungen des Kindes sind nicht wahrnehmbar, die Gliedmaßen fühlen sich nicht so fest und prall an, wie sonst, der Herzschlag ist aber noch deutlich nachzuweisen.

Diese Form des Scheintodes ist meistens nicht gefährlich. In der Regel gelingt es schon durch angewandte Hautreize, die Frucht zum Atmen zu bringen.

Das Erste, was die Hebamme mit einem solchen Kinde zu thun hat, ist, daß sie ihm Mund und Nase von anhaftendem Schleim, Blut und Kindspech reinigt, damit es frei atmen könne.

Sodann sucht sie es durch Schläge auf die Hinterbacken, Kitzeln und Bürsten der Fußsohlen, durch Anblasen oder durch Bespritzen mit kaltem Wasser zu Atembewegungen zu veranlassen. Reicht das nicht hin, so nabelt sie das Kind ab und bringt es in ein warmes Bad, schwenkt es in demselben hin und her, reibt ihm die Haut, hebt es wechselnd in die kalte Luft und taucht es dann wieder in das warme Bad. Meistens werden durch diese Bemühungen bald Atembewegungen der Frucht hervorgerufen werden.

Schlimmer ist der blasse Scheintod. Bei diesem hängen die Gliedmaßen der Frucht ganz schlaff herunter, die Lippen sind bleich, die Augen geschlossen, die Haut ist

wachsbleich, Bewegungen sind außer der nachweisbaren Zusammenziehung des Herzens nicht wahrzunehmen.

Auch in diesen Fällen hat die Hebamme zunächst dem Kinde Mund und Nase zu reinigen, dann dasselbe aber gleich abzunabeln. Sie bringt es darauf in ein warmes Bad von 36 Grad Celsius und sucht nun im Bade durch Reiben der Haut das Blut an der Körperoberfläche in Bewegung zu bringen. Die innern Teile sind nämlich bei solchen Kindern von Blut überfüllt, besonders auch das Herz und dieses vermag sich nicht kräftig genug zusammenzuziehen, um das Blut an die Körperoberfläche in die Haut zu treiben. Für den Erfolg kommt Alles darauf an, daß das Kind zum Atmen gebracht werde; so lange das Kind selbst geeignete Atembewegungen nicht anstellt, muß die Hebamme künstlich diese Bewegungen zustande bringen. Dies kann in verschiedener Weise geschehen. Das einfachste Verfahren ist folgendes:

Die Hebamme hält das scheintote Kind wagerecht im Badewasser, indem sie mit der einen Hand den Nacken, mit der andern die Hinterbacken des Kindes unterstützt. Der Kindeskörper ist dabei so von dem Wasser bedeckt, daß nur das Gesicht frei hervorragt. Nun schwenkt die Hebamme das Kind wagerecht vom Kopfende zum Fußende langsam hin und her.

Bei der Schwenkung nach dem Fußende zu entfernen sich die Arme von dem Brustkasten, der Brustkasten wird gehoben, es dringt etwas Luft hinein wie bei der Einatmung. Bei der Schwenkung nach dem Kopfende zu werden die Arme leicht gegen den Rippenkorb angeschleudert, drücken die Brust von rechts und links zusammen, es entsteht eine Ausatmung.

/38

Diese Methode der Wiederbelebung hat den großen Vorteil, daß das Kind dabei immer in dem warmen Wasser bleibt und daß die Hebamme dieselbe ohne weitere Hülfe längere Zeit fortsetzen kann. Merkt die Hebamme, daß sie damit Erfolg erzielt, so bleibe sie einfach bei dieser Methode, freilich braucht's oft dazu längere Zeit und die Hebamme richte sich daher von vornherein so ein, daß sie bequem ihre Handleistungen ausführen kann. Sie setze die Badewanne auf 2 Stühle und sich auf einen Stuhl davor, sie sorge ferner, daß heißes Wasser zur Hand sei, um immer nachgießen zu können, wenn sich das Badewasser im Lauf der Belebungsversuche abkühlte.

Zeigen diese Bemühungen aber nicht genügenden Erfolg, so muß die Hebamme in wirksamerer Weise Atembewegungen hervorzurufen suchen. Dieses geschieht am besten durch die Schultze'schen Schwingungen.

Die Hebamme faßt zu diesem Zwecke das Kind über die Schultern so, daß die Daumen nach vorn auf die Schlüsselbeine, die Zeigefinger in die Achselhöhle, die 3 andern Finger nach hinten auf das Schulterblatt zu liegen kommen und daß der Kopf des Kindes auf der Kleinfingerseite ihrer Hände ruht. Sie hält das Kind so, daß es mit den Füßen nach unten hängt.



Fig. 42. Wiederbelebung des scheintodten Kindes. Erster Handgriff.

Dann schwenkt sie es in die Höhe und zwar so, daß die Beine des Kindes dabei an seinen Leib aufliegen und der kindliche Rumpf sich nach vorn zusammenkrümmt, während der Steiß etwa in gleicher Höhe mit dem Scheitel der Hebamme sich befindet.



Fig. 43. Wiederbelebung des scheintodten Kindes. Zweiter Handgriff. Aufwärtsschwingen.

Darauf wird das Kind wieder in seine hängende Lage zurückgeschwenkt und so dies Auf- und Abschwenken 6—8 mal hinter einander wiederholt, worauf das Kind in das warme Bad zurückgebracht wird.

Diese Schwenkungen bewirken in kräftiger Weise den Eintritt und Austritt der Luft. Beim Aufwärtsschwingen wird die Luft aus dem Brustkasten ausgetrieben und zugleich

Schleim oder Kindspech aus dem Kehlkopf herausgeschleudert, beim Abwärtsschwingen treibt die Luft in den Brustkasten hinein, gleichwie bei der Einatmung. Meist hört man auch deutlich bei diesen Schwingungen das Ein- und Ausströmen der Luft.

Vor allzu derbem Anfassen des Kindes sei die Hebamme bei diesen Handgriffen auf der Hut. Zu früh geborene Kinder mit weichem Brustkorb eignen sich nicht für die Schultze'schen Schwingungen.

Mit den beiden beschriebenen Methoden wird die Hebamme in der Mehrzahl der Fälle ausreichen. Haben dieselben keinen Erfolg, so wäre auch auf andere Weise nicht wohl etwas zu erreichen. Die Hebamme suche sich daher vorkommenden Falls in den für diese Methoden nötigen Handgriffen gut einzuüben.

Falls ein Arzt in der Nähe erreichbar ist, so hat die Hebamme, bevor sie die Wiederbelebungsversuche unternimmt, die Heranziehung desselben zu verlangen.

§. 290.

Das erste Zeichen, an welchem die Hebamme den Erfolg ihrer Belebungsversuche wahrnimmt, ist das Kräftigerwerden des Herzschlags. Sie bemerkt das an der Nabelschnur oder an der Pulsation in der Herzgegend.

Sodann fühlt sie, daß die Glieder strammer werden, sieht, daß die Lippen ein wenig Farbe bekommen, daß die Haut etwas röter wird und daß die Augenlider sich mit kleinem Spalt öffnen.

Dann erfolgt in der Regel bald ein tiefer rasselnder Atemzug und nun kann die Hebamme hoffen, daß ihr die Wiederbelebung des Kindes gelingen wird. Weitere Atem-

züge folgen dann nach, gelegentlich auch Hustenstöße oder Niesen, womit Schleim aus den Luftwegen ausgestoßen wird, und endlich fängt das Kind an, kräftig zu schreien.

Bisweilen erreicht die Hebamme diesen Erfolg erst nach mehrstündigem Bemühen und es gilt als Regel, daß man, so lange der Herzschlag des scheintoten Kindes sich noch in gleicher Weise wie anfangs erhält, die Belebungsversuche nicht vor 2 Stunden als aussichtslos aufgiebt.

Kinder, welche in dieser Weise wieder zum Leben gebracht sind, bedürfen übrigens noch in den folgenden Lebenstagen besonderer Aufmerksamkeit. Manche von ihnen gehen noch nachträglich infolge von ungenügender Atmung zu Grunde.

§. 291.

Wenn trotz aller aufgewandten Mühe der Herzschlag schwächer, die Haut blasser wird, die Glieder schlaffer und Atembewegungen nicht erzielt werden konnten, so schlage die Hebamme das Kind in ein warmes Tuch, sehe nach, ob die Nabelschnur fest unterbunden ist, lege das Kind in ein warmes Zimmer und schaue nach einiger Zeit nach, ob etwa wieder Lebenszeichen hervortreten.

5. Von den Störungen der Nachgeburtszeit.

§. 292.

Bei regelmäßigem Verlaufe der Geburt erleidet die Entbundene in der Nachgeburtszeit keinen derartigen Blutverlust, daß dadurch ihr Befinden in hervorstechender Weise geschwächt würde.

Tritt ein übermäßiger Blutverlust ein, so kann derselbe

von 2 Stellen ausgehen, von der Gebärmutter oder von Einrissen in der Scheide und den äußeren Geschlechtsteilen.

Die Blutungen aus der Gebärmutter sind bei weitem die häufigern; ihre Hauptursache ist schlechte Zusammenziehung der Gebärmutter. Die Gebärmutter fühlt sich dabei weich und groß an und nur zeitweise kommt einige Erhärtung. Das abgehende Blut fließt dann stoßweise aus der Schamspalte heraus, äußere Blutung. In andern Fällen, wenn die Gebärmutter sehr schlaff und der Muttermund verlegt ist, sammelt es sich in der Gebärmutterhöhle an und dehnt die Gebärmutterwände aus, selbst bis fast zur früheren Größe, innere Blutung.

In allen Fällen treten in dem Befinden der Entbundenen die Zeichen schweren Blutverlustes zu Tage. Sie wird blaß, klagt über Schwindel, Ohrenklingen, Flimmern vor den Augen, gähnt viel, hat kalte Hände und Füße, kalte Nasenspitze, kaum fühlbaren Puls, Erbrechen. Schließlich treten Zuckungen auf und Tod.

§. 293.

Bei Blutungen aus Einrissen in den untern Geburtswegen fehlen die Anzeichen einer schlechten Zusammenziehung der Gebärmutter. Auch kommt in diesen Fällen, wie schon §. 284 angegeben, der Blutfluß gleichmäßig rieselnd aus der Schamspalte hervor.

§ 294.

Bei diesen Blutungen handelt es sich auch meist um verzögerte Ausstoßung der Nachgeburt.

In der Regel wird sonst, wie früher dargelegt worden,

die Nachgeburt durch die Naturkräfte allein innerhalb längstens einer Stunde bis hinter die Schamspalte hinabgetrieben.

Eine Verzögerung dieser Austreibung kann folgende Ursachen haben:

1) mangelhafte Zusammenziehung der Gebärmutter,

2) zu feste Verbindung des Mutterkuchens mit der Gebärmutterwand,

3) krampfhafte Zusammenschnürung des Gebärmutterhalses.

§. 295.

Mangelhafte Zusammenziehung der Gebärmutter ist die allerhäufigste Ursache des längeren Zurückbleibens der Nachgeburt. Sie kommt besonders vor bei lang dauernden Geburten, bei denen sich die Kraft der Gebärmutter erschöpft hatte, nach starker Ausdehnung derselben durch Zwillinge und vieles Fruchtwasser oder nach raschem, überstürztem Geburtsverlauf. Die Hebamme wird daher öfters schon nach dem bisherigen Verlauf der Geburt die in der Nachgeburtszeit kommende Störung voraussehen können.

Zu feste Verbindung des Mutterkuchens mit der Gebärmutterwand ist dagegen sehr selten und in den meisten Fällen, in welchen von solcher geredet wird, beruht das lediglich auf Irrtum. Der Mutterkuchen sitzt außerordentlich selten so fest an der Gebärmutterwand, daß nicht gute Zusammenziehung der Gebärmutter die Verbindung zu lösen vermöchte.

Krampfhafte Zusammenziehung des Gebärmutterhalses findet sich in solchen Fällen, in welchen während der Nachgeburtszeit in ungeschickter Weise Handgriffe ausgeführt sind, die Gebärmutter zu derb oder an falschen Stellen gerieben, an der Nabelschnur gezogen ist und dergleichen mehr.

§. 296.

Die Hebamme soll bei all diesen Störungen der Nachgeburtszeit einen Arzt hinzurufen. Ist dagegen Blutung vorhanden und der Arzt nicht alsbald zu haben, so muß sie sich allein zu helfen wissen.

Zuerst soll sie feststellen, aus welchem Teil der Geburtswege die Blutung kommt, und wenn sie ermittelt hat, daß die Quelle der Blutung in der Gebärmutter liegt, so hat sie zu versuchen, diese zur festen Zusammenziehung zu bringen.

Sie sucht zu diesem Zweck äußerlich die Grenzen der Gebärmutter herauszufinden, und wenn ihr das gelungen ist und sie die Gebärmutter mit beiden Händen voll umfaßt hat, so macht sie kreisförmige Reibungen auf den Muttergrund.

Meist wird dann unter ihren Händen der Muttergrund erhärten und sobald die Hebamme das fühlt, unterstützt sie die Zusammenziehung der Gebärmutter, indem sie diese zusammendrückt. In der Regel wird dabei der Inhalt der Gebärmutterhöhle, die Nachgeburt oder Blutklumpen herausgedrückt und damit die Gebärmutter verkleinert werden oder, wenn das nicht gleich gelang, so wird es vielleicht bei der zweiten oder dritten Nachgeburtswehe erreicht. Solange die Hebamme von diesen äußerlichen Handgriffen Erfolg merkt, hat sie sich lediglich auf diese zu beschränken und im übrigen die Ankunft des Arztes abzuwarten.

Gelingt es aber nicht, durch äußere Handgriffe die schlaffe Gebärmutter zur Zusammenziehung zu bringen und ist die Blutung derart, daß die Hebamme den Arzt nicht abwarten kann, so muß sie innerlich eingehen und die Gebärmutterhöhle ausleeren, damit dann die Wand derselben sich zusammenschließen kann.

reinigt die äußeren Geschlechtsth. mit
3 Bogen Seifenkraut.

Dies ist immer eine gefährliche Operation und die Hebamme soll sich zu derselben nur im dringendsten Notfall entschließen. Sie verfährt dabei folgendermaßen:

Die Entbundene wird aufs Querbett gelagert und ihre Kniee von Gehülfinnen gespreizt von einander gehalten. Die Hebamme bespült sodann die äußeren Geschlechtsteile und die Scheide mit warmem Karbolwasser und reinigt sich dann ihre Hände gründlich mit Karbolwasser in der früher vorgeschriebenen Weise.

Ist nun die Nachgeburt noch zurück, so faßt die Hebamme die Nabelschnur mit einer Hand, umwickelt sich mit ihr mehrere Finger und spannt sie sanft an. Mit der andern Hand geht sie an der Nabelschnur entlang hinauf bis zu deren Einpflanzung.

Hat sie diese erreicht, so läßt sie die Nabelschnur los und legt die freie Hand äußerlich auf den Leib, um sich die Gebärmutter entgegenzudrücken. Nun sucht sie sich mit der inneren Hand eine Stelle, wo der Rand des Mutterkuchens von der Gebärmutterwand abgelöst ist und schält dort mit der Kante der Hand den Mutterkuchen in flachen Zügen von der Gebärmutter los. Jegliche Verletzung der Gebärmutter, jegliches Kratzen mit den Fingerspitzen oder Nägeln ist dabei sorgfältig zu vermeiden.

Den gelösten Mutterkuchen faltet die Hebamme mit ihrer Hand so zusammen, daß sie denselben mit schmaler Kante in schonender Weise aus den Geschlechtsteilen herausführen kann. Zurückbleiben einzelner Stücke, Abreißen der Eihäute ist dabei sorgfältig zu vermeiden.

Die herausgeförderte Nachgeburt hat die Hebamme aufzubewahren und dem Arzte vorzuzeigen.

§. 297.

In ähnlicher Weise hat die Hebamme zu verfahren, wenn es sich um eine Ansammlung von Blutklumpen in der Gebärmutterhöhle handelt, welche die Zusammenziehung hinderte und durch äußern Druck nicht beseitigt werden konnte.

Auch dann bleibt, wenn alle andern Mittel erschöpft sind, nichts Anderes übrig, als — immer nach vorgängiger Reinigung mit Karbolwasser — mit der Hand einzugehen und die Gebärmutterhöhle auszuräumen.

§. 298.

Ist die Gebärmutter entleert, so hat die Hebamme für ihre dauernde Zusammenziehung zu sorgen. Das kann sie bewirken wiederum durch äußerliches Reiben, durch festes Binden oder Beschweren des Leibes und sodann durch Ausspülen der Scheide mit eiskaltem oder mit (50° Celsius) heißem Wasser, welches womöglich vorher durchgekocht sein soll.

Niemals dagegen darf die Hebamme nach solchen Gebärmutterblutungen bei rechtzeitigen Geburten die Scheide ausstopfen. Thäte sie das, so würde eine innere Blutung die Folge sein.

§. 299.

Um nach Stillung der Blutung durch äußern Druck auf die Zusammenziehung der Gebärmutter einzuwirken, dient ein festes Binden des Leibes mit stramm angezogenem Handtuch, vor Allem aber das Auflegen eines Sandsackes.

Die Hebamme nehme dazu ein mittelgroßes Tuch, fülle dasselbe mit 8—10 Pfund kaltem Sand, knete diesen mit kaltem Wasser oder in Winterszeit mit Schnee durch und schlage die Enden so zusammen, daß der Sand nicht

heraustritt. Dieser Sack wird dann der Frau über den Muttergrund gelegt.

Dabei ist die Entbundene tief zu lagern mit dem Kopf und durch Hoffmann'sche Tropfen sowie durch belebende Getränke, Bouillon, Wein, Kaffe, Schnaps, was gerade zur Hand ist, zu erfrischen.

§. 300.

In einzelnen Fällen tritt keine Blutung ein, obwohl der Abgang der Nachgeburt sich stundenlang verzögert. Dies kann darauf beruhen, daß der Mutterkuchen noch flächenhaft an der Gebärmutter ansitzend geblieben war. Fortgenommen werden muß er in solchem Falle auch, längeres Zurückbleiben würde zur Fäulnis der Nachgeburt und schwerer Erkrankung der Wöchnerin führen, da aber keine Blutung vorhanden ist, so soll die Hebamme dem Arzt die Herausholung der Nachgeburt überlassen. Sind Eihäute zurückgeblieben bei der Ausstoßung der Nachgeburt, so geht die Hebamme nicht ein, um dieselben nachträglich herauszuholen. Nur was von den Eihäuten in der Schamspalte frei zu Tage tritt, soll sie anziehen und lösen.

§. 301.

Ein seltenes aber gefährliches Ereignis ist die Umstülpung der Gebärmutter. Dieselbe kann eine unvollkommne sein, so daß nur der Muttergrund in die Gebärmutterhöhle hineingedrückt ist, oder eine vollkommne, so daß die ganze Gebärmutter nach unten durch den Muttermund in die Scheide getreten ist, ihre Innenfläche nach außen hervorgestülpt.

Eine Umstülpung kann nur in der Nachgeburtszeit zu

stande kommen, wenn die Gebärmutter klafft und ihre Wände schlaff sind. Dann kann entweder durch Pressen von oben, Niesen, Husten, ungeschickte Vornahme des äußeren Handgriffs oder durch Zug von unten, Zerren an der Nabelschnur, Sturzgeburt die Umstülpung zu stande kommen.

§. 302.

Sogleich auf die Umstülpung pflegt stärkere Blutung zu folgen. An diese schließen sich bald die Zeichen des Verfalls an, die Entbundene wird blaß, verliert die Besinnung und ohne rasche ärztliche Hülfe erfolgt bald der Tod.

Die Hebamme findet in diesen Fällen einen roten kugligen, blutenden Körper in der Schamspalte oder vor den äußern Geschlechtsteilen, und wenn sie den Finger an denselben hinaufführt, so findet sie, daß dieser Körper in das Scheidengewölbe übergeht. Aeußerlich findet sie die Gebärmutterkugel nicht, sondern an ihrer Stelle, wenn sie tief eindrückt, eine trichterförmige Vertiefung. Bisweilen sitzt an der herabgetretenen Gebärmutter auch noch der Mutterkuchen an. Bis der Arzt zur Stelle ist, lagere die Hebamme die Entbundene hoch mit dem Kreuz, verbiete ihr alles Pressen. Gegen die herabgetretene Gebärmutter drücke sie Tücher an, die in kaltes Karbolwasser getaucht sind.

Neunter Teil.

Von den Erkrankungen der Wöchnerin.

1. Vom Kindbettfieber.

§. 303.

Das Kindbettfieber ist für die Hebamme die wichtigste von allen Krankheiten, mit denen sie zu schaffen hat. Keine andere Erkrankung der Wöchnerin ist häufiger, keine gefährlicher und keine mit größerer Sicherheit zu verhüten.

Wenn trotzdem noch alljährlich viele hunderte von Wöchnerinnen an Kindbettfieber sterben, so ist das ein trauriges Zeichen, daß die Vorsichtsmaßregeln noch immer nicht hinreichend befolgt werden, durch welche diese verderbliche Krankheit mit großer Sicherheit vermieden werden kann.

Das Kindbettfieber entsteht durch einen Ansteckungsstoff, welcher von außen durch Hülfeleistungen bei der Geburt in den Blutlauf der Kreißenden hineingebracht wird.

Es sind dies ganz außerordentlich feine Keime, welche mit bloßem Auge garnicht sichtbar sind und welche, wenn sie auch nur in ganz geringer Menge in eine Schleimhautwunde hineingeraten, die verderblichsten Wirkungen nach sich ziehen können.

Die Ansteckung mit diesen Keimen geschieht in der Regel bei dem innerlichen Untersuchen, und mit Recht hat man in neuerer Zeit wieder und wieder verlangt, daß die Hebamme die innerlichen Untersuchungen auf das äußerste Maß einschränke und daß sie jedesmal, wenn sie solche vornehme, die äußersten Vorsichtsmaßregeln dabei anwenden solle.

Wer nicht sehr behutsam mit geschmeidigem Finger und mit gekürzten Fingernägeln untersucht, macht jedesmal bei der innerlichen Untersuchung kleine Verletzungen an der zarten Schleimhaut, besonders wenn der Finger in den Muttermund oder in den noch engen Mutterhals eingeführt wird. Haftete an dem Finger etwas von den besprochenen Keimen, so ist damit die verderbliche Ansteckung geschehen.

In ähnlicher Weise kann durch Instrumente, die in unsauberm Zustande in die Geschlechtsteile eingeführt werden, die Ansteckung erfolgen. Sehr oft sind namentlich bei Scheidenausspülungen, beim Katheterisieren, beim Klystiersetzen der Entbundenen Ansteckungen zugetragen worden und selbst nach Beseitigung der schwerer zu reinigenden Gummikatheter und biegsamen Ansatzrohre sind solche Ansteckungen nicht immer verhütet geblieben.

Endlich kann aber auch durch mangelnde Reinhaltung der Geschlechtsteile der Kreißenden selbst, sowie durch fehlende Sauberkeit der von derselben benutzten Wäschestücke, die Ansteckung hervorgehn. In den Schamhaaren, um den After herum finden sich in der Regel bei Gebärenden Stoffe, welche verderblich werden können, wenn sie in eine Schleimhautwunde der Geschlechtsteile gebracht werden. Hätte die Hebamme für die Reinigung dieser Teile nicht gründlich gesorgt, so würde sie beim Untersuchen mit dem Finger von diesen Stoffen in die Geschlechtsteile hineinbringen können. Das Gleiche

Fig

wäre der Fall, wenn sie den Finger beim Untersuchen über beschmutzte Unterlagen hinwegführte.

Wie die Hebamme erkennen wird, sind dies alles verhütbare Ansteckungen und nur von der Sorgfalt, mit welcher dabei vorgegangen wird, ist der Erfolg abhängig.

So hat sich denn auch gezeigt, daß in gut geleiteten Anstalten, in welchen mit der äußersten Strenge auf Reinlichkeit geachtet und jegliche Ansteckung hintenangehalten wird, die Wöchnerinnen durchweg ein vollkommen gesundes Wochenbett durchmachen und Kindbettfieber dort zu einer unbekannten Krankheit geworden ist.

Die Hebamme muß sich bemühen, in ihrer Praxis das Gleiche zu erreichen und wenn ihr das gelingt, wenn sie auch gegenüber dem Widerstande des Publikums ihre Anordnungen durchsetzt, so ist das ein gutes Zeichen für ihre Einsicht und vor Allem für ihre Gewissenhaftigkeit.

Gute Resultate wird die Hebamme erreichen, wenn sie sich bei der Bedienung und Untersuchung der Gebärenden streng an die § 109 bis § 113 angegebenen Vorschriften hält. Außerdem beachte sie aber folgendes:

Jede unnötige Berührung der Geschlechtsteile einer Wöchnerin oder eines mit Wochenfluß verunreinigten oder irgend eines übelriechenden, fauligen oder eiterigen Körperteils oder sonstiger Gegenstände von solcher Beschaffenheit (Geschwüre, ausgestoßene tote Frucht, Wochenbettunterlagen u. s. w.) hat die Hebamme zu meiden. Auch enthalte sie sich soviel wie möglich jeden Verkehrs mit Personen, welche an einer ansteckenden oder als solche verdächtigen Krankheit namentlich Kindbett-, Faul- oder Eiterfieber, Gebärmutter- oder Unterleibsentzündung, Rose, Diphtherie, Scharlach, Pocken, Syphilis,

Schanker, Tripper, Unterleibs- oder Flecktyphus, Cholera oder Ruhr leiden.

Hat die Hebamme aber mit ihren Händen oder Gerätschaften die Geschlechtsteile einer Wöchnerin oder einen mit Wochenfluß verunreinigten Gegenstand berührt, so soll sie jedesmal sofort sich selbst in derselben Weise, wie sie es vor der ersten Untersuchung einer Kreißenden zu thun hat (§ 111) und zwar unter Anwendung der Hand- und Waschbürste, die Gerätschaften aber eine Stunde hindurch wie bei der Geburt reinigen und desinficieren.

War der Wochenfluß übelriechend, faulig oder eiterig oder hat die Berührung mit einem Gegenstande dieser Beschaffenheit stattgehabt, oder litt die Person, welche die Hebamme mit ihren Händen oder Gerätschaften berührte, an einer der vorbezeichneten Krankheiten, so soll die Hebamme die Reinigung, wie eben angegeben, ausführen und ihre Hände und Arme schließlich mindestens 5 Minuten lang mit der Karbolverdünnung sorgfältig waschen, die benutzten Gerätschaften aber vor dem Einlegen in die Karbolverdünnung eine Stunde lang auskochen.

Hat sich die Hebamme in der Wohnung einer Person befunden, welche an einer der nachgenannten oder an einer als solche verdächtigen Krankheit leidet, nämlich an Kindbett-, Faul- oder Eiterfieber, Gebärmutter- oder Unterleibsentzündung, Rose, Diphtherie, Scharlach, Pocken, Flecktyphus oder Ruhr, so darf sie eine Schwangere oder Kreißende nicht untersuchen oder auch nur besuchen, bevor sie nicht die Kleider gewechselt und sich, wie angegeben, gereinigt und desinficiert hat.

Befindet sich eine der vorbezeichneten Kranken oder verdächtigen Personen in der Wohnung der Hebamme oder

n. 114. (S. 71/73)

ist in der Praxis der Hebamme eine Wöchnerin an Kindbettfieber, Gebärmutter- oder Unterleibsentzündung oder einer als solche verdächtigen Krankheit erkrankt oder gestorben, so hat die Hebamme sofort Verhaltungsmaßregeln von dem zuständigen Kreisphysikus einzuholen und vor dem Empfange derselben sich jeder beruflichen Thätigkeit zu enthalten. Pflegt die Hebamme eine an Kindbettfieber, Gebärmutter- oder Unterleibsentzündung oder an einer als solche verdächtigen Krankheit leidende Wöchnerin, so darf sie während dieser Zeit die Untersuchung einer Schwangeren garnicht und die Untersuchung oder Pflege einer andern Wöchnerin oder einer Kreißenden lediglich im Notfalle, wenn eine andere Hebamme nicht zu erlangen ist und auch in diesem Falle nur dann übernehmen, nachdem sie ihren ganzen Körper mit Seife gründlich, womöglich im Bade, abgewaschen und außerdem sich, wie vorgeschrieben, gereinigt, desinficiert und frisch bekleidet hat.

Die Kleider, welche die Hebamme bei der Untersuchung oder dem Besuche einer Person, die an einer der bezeichneten oder als solche verdächtigen Krankheit leiden, getragen hat, dürfen mit andern Kleidern der Hebamme nicht zusammengebracht werden und müssen gründlich ausgekocht und mit Seife ausgewaschen oder mittels strömenden Wasserdampfs in einem Dampf-Desinfectionsapparat desinficiert werden, bevor dieselben weiter gebraucht werden dürfen.

Leichen oder Bekleidungsgegenstände von Leichen berühre die Hebamme niemals. Hat sie solches trotz dieses Verbots nicht vermeiden können, so ist sie verpflichtet, wie vorher vorgeschrieben, zu verfahren.

§. 304.

Das erste Anzeichen, durch welches sich der Eintritt des

Kindbettfiebers verrät, ist das Ansteigen der Körperwärme. Bei gesunden Wöchnerinnen schwankt die Körperwärme zwischen 37 bis 38 Grad Celsius. Geht dieselbe um mehrere Zehntel über 38 hinauf, so ist bereits das Fieber da und zuweilen steigt es bald zu beträchtlicher Höhe, bis 40 Grad und darüber.

Zugleich beschleunigt sich der Puls und die Atmung, die Kranke bekommt Durst, Kopfschmerz und gerötete Wangen.

In der Regel wird sich dann auch bei Untersuchung der Gebärmutter ergeben, daß dort der Ausgangspunkt der Erkrankung ist. Die Gebärmutter fühlt sich groß an und in ihrer Verkleinerung ist nur geringer oder gar kein Fortschritt zu bemerken, namentlich aber werden ihre Ränder oder die breiten Mutterbänder empfindlich gegen Druck. War auch die innere Fläche der Gebärmutter krank geworden, so verändert sich bald der Wochenfluß, wird übelriechend, spärlich und versiegt am Schluß der Erkrankung oft ganz.

§. 305.

Von der Gebärmutter breitet sich die Erkrankung rasch auf das Bauchfell aus. Die Därme blähen sich auf, der Leib wird empfindlich, jeder Atemzug, jede Bewegung schmerzt die Kranke.

In Fällen heftiger Ansteckung nimmt die Krankheit schon in wenigen Tagen den bedrohlichsten Verlauf. Der Tod erfolgt meist bei völlig klarem Bewußtsein.

Macht man bei solchen Verstorbenen die Sektion, so findet man den Mutterhals von Eiter durchsetzt und das Bauchfell in großer Ausdehnung in der Bauchhöhle entzündet.

§. 306.

Sobald die Hebamme das Auftreten von Fieber

oder von Schmerzhaftigkeit der Gebärmutter bemerkt, ist der Arzt zu verlangen.

Wie sie sich dann weiter bei der Kranken zu verhalten hat, bestimmt sich nach den Weisungen des Arztes.

2. Von anderweiten Erkrankungen der Geschlechtsteile im Wochenbett.

§. 307.

Gebärmutterblutungen im Wochenbett lassen in der Regel auf eine mangelhafte Zusammenziehung der Gebärmutter schließen.

Dies ist namentlich dann der Fall, wenn Teile vom Mutterkuchen oder von den Eihäuten bei Ausstoßung der Nachgeburt zurückgeblieben sind. Dies kommt z. B. vor, wenn neben dem Mutterkuchen noch ein sogenannter Nebenkuchen vorhanden war, welcher bei der Ausstoßung der Nachgeburt abriß und in der Gebärmutter sitzen blieb.

Solchen Blutungen kann die Hebamme durch sorgsame Behandlung der Geburt meistens vorbeugen. Treten sie dennoch ein, so verlange die Hebamme den Arzt und verfahre bis zu dessen Ankunft nach den Regeln, welche ihr für die Blutungen nach Geburt des Kindes gelehrt worden sind.

§. 308.

Schmerzhafte Nachwehen sind eine bei Mehrgebärenden gewöhnliche Erscheinung. Wo dieselben auftreten, ist das ein Anzeichen, daß die Gebärmutter nicht andauernd fest zusammenschließt, sondern sich nur ruckweise verkleinert. Oft werden dabei Blutstücke ausgestoßen, welche sich in der Gebärmutterhöhle gebildet hatten. Durch das Anlegen des

Kindes, sowie durch Bewegungen und durch Betastung der Gebärmutter werden die Nachwehen leicht hervorgerufen.

In allen Fällen, in welchen schon während der Geburt mangelhafte Zusammenziehung der Gebärmutter beobachtet war, kann man ihr Auftreten in den ersten Tagen des Wochenbetts erwarten; nach 3—4 Tagen pflegen sie aufzuhören.

Die Hebamme hüte sich, daß sie nicht eine Entzündung der Gebärmutter mit schmerzhaften Nachwehen verwechsele. Bei Nachwehen ist kein Fieber vorhanden, auch ist der Druck auf die Gebärmutter nicht schmerzhaft. Bei Entzündung der Gebärmutter schmerzt dieselbe bei Berührung und steigt die Körperwärme. In letzterem Fall wäre ein Arzt heranzuziehen.

Um die Nachwehen zu ermäßigen, lege die Hebamme warme Tücher auf den Unterleib. Auch sorge sie vom dritten Tage des Wochenbetts an für regelmäßige Leibesöffnung durch Klystier.

§. 309.

Fauliger Geruch des Wochenflusses tritt dann auf, wenn die Geschlechtsteile nicht gut zusammenschließen und namentlich wenn Eiteile in der Gebärmutter zurückgeblieben sind. Es ist dann große Gefahr vorhanden, daß die Wöchnerin durch die dabei gebildeten giftigen Stoffe angesteckt wird und ebensolche Gefahr, daß die Hebamme diese Stoffe auf das Kind oder auf andere Wöchnerinnen überträgt. Die Hebamme hole sich daher Verhaltungsmaßregeln vom Arzte ein, wie sie dabei zu verfahren hat und beherzige auf das Sorgfältigste die Lehren, welche ihr oben für den Fall der Verunreinigung ihrer Hände und Instrumente mit fauligen Stoffen gegeben worden sind.

§. 310.

Anschwellung und Entzündung der äußeren Geschlechtsteile kommt in den ersten Tagen des Wochenbettes nach Geburten vor, bei denen die Weichteile eine stärkere Quetschung erlitten hatten. Hält dieselbe mehrere Tage an, so wird die Hebamme meistens bei dem Auseinanderziehen der Schamlippen finden, daß dort an der Schleimhaut des Scheideneingangs Verletzungen sind, welche leicht sich zu Geschwüren umbilden. Diese Stellen halte die Hebamme sauber, aber berieſele sie nur vorsichtig mit schwacher 1 procentiger Karbollösung. Sollte Fieber dabei sein, so ist ein Arzt zu rufrn.

§. 311.

Störungen der Harnentleerung sind nicht selten bei Wöchnerinnen. Die Harnblase dehnt sich oft übermäßig aus, ohne daß die Wöchnerin es merkt oder daß sie die Kraft hat, dieselbe zu entleeren. Die Hebamme fühlt dann oberhalb der Schamfuge die weiche Geschwulst vor der meistens etwas nach rechts gelagerten, harten Kugel der Gebärmutter. In welchen Fällen die Hebamme dann den Katheter anzuwenden hat, ist § 159 angegeben.

Schmerz bei der Harnentleerung wird von der Wöchnerin geklagt werden, wenn die Harnröhre bei der Geburt gequetscht war oder die äußeren Geschlechtsteile geschwollen sind. Aufschläge von 1 procentigem Karbolwasser auf die Harnröhrenmündung geben Linderung.

Unwillkürlicher Abfluß des Urins kommt bei Wöchnerinnen vor, wenn der Schließmuskel der Blase bei der Geburt gelitten hatte. Oefters erfolgt der Abfluß nur beim Husten, Niesen oder stärkeren Bewegungen des Körpers.

In der Regel stellt sich bis gegen Ende der ersten Woche die Schlußfähigkeit der Blase von selbst wieder her.

Erheblich schlimmer ist es, wenn dieser unwillkürliche Abfluß in einer Blasenscheidenfistel seinen Grund hat. Diese kommt nach langdauernden Geburten, besonders bei engem Becken zustande, wenn nicht genügend auf zeitige Entleerung der Blase geachtet war. Es kommen dann mit dem Wochenfluß graue oder schwarze, sehr übelriechende Fetzen zu Tage, brandige Stücke von der Blasen- und Scheidenwand, und der Urin fließt unabläſſig aus der Scheide ab. Nur durch spätere Operation ist ein derartiger Fehler zu heilen.

§. 312.

Neigung zur Verstopfung ist bei den Wöchnerinnen meistens vorhanden. Die Hebamme wird durch Klystiere helfen können. Ist die Stuhlentleerung schmerzhaft, so sind in der Regel Aderknoten an dem After daran schuld: auch dann ist für weichen Stuhlgang zu sorgen. Auf die schmerzhaften Aderknoten sind kalte Aufschläge zu machen.

Durchfall tritt bei Wöchnerinnen öfters im Verlauf von schwerem Kindbettfieber auf.

Unwillkürlicher Abgang des Stuhls ist die Folge von Dammrissen, welche bis in den After durchdrangen.

§. 313.

Wöchnerinnen, welche an Aderknoten der Beine während der Schwangerschaft gelitten hatten, bekommen bisweilen im Wochenbett schmerzhafte Anschwellung derselben. Die Hebamme hat darauf zu halten, daß das schmerzhafte Bein möglichst wenig gerührt werde, und thut gut, dasselbe in Watte einzuschlagen.

Die Wöchnerin darf nicht eher aufstehn, als bis die schmerzhaften Stellen verschwunden sind. Tritt Fieber ein, oder schwellen die Weichteile des Beines an, so ist ein Arzt zu rufen.

3. Von den Erkrankungen der Brüste.

§. 314.

Wundsein der Warzen ist eine häufige und recht qualvolle Erkrankung bei Wöchnerinnen. Der Grund liegt meistens darin, daß die Wöchnerin während der Schwangerschaft die Reinhaltung der Warzen vernachlässigt hatte. Waren dieselben vom fünften Monat an täglich von ihr gewaschen worden, so werden sie meistens fest genug, um später durch das Saugen des Kindes nicht verletzt zu werden.

In andern Fällen liegt der Grund in fehlerhafter Form der Warzen. Knopfförmig gestaltete Warzen werden bei kräftig saugendem Kinde leicht wund, ebenso auch flache Warzen, bei denen das Kind öfter zufaßt.

In letzterem Fall wäre auch während der Schwangerschaft durch häufiges Hervorziehn der Warze viel zu bessern.

§. 315.

Wunde Warzen schmerzen oft recht erheblich und das regelmäßige Anlegen des Kindes wird dadurch sehr gestört. Sie zu heilen ist, solange das Kind trinkt, oft sehr schwer. Ihr größter Nachteil ist aber der, daß sich leicht eine Entzündung der Brustdrüse daran anschließt.

Um die wunden Stellen zu schützen, kann die Hebamme die Warze mit einem Gummideckel, sogenannten Warzenhütchen bedecken. Es lindert das sehr den Schmerz beim

Saugen und das Kind ist bei fortgesetztem Bemühen schließlich fast immer dahin zu bringen, daß es durch den Warzendeckel ebenso gut trinkt, wie an der entblößten Warze.

Ihre Hauptsorge hat aber die Hebamme auf stete Reinhaltung der wunden Stelle zu richten. Auch sind kalte Aufschläge zur Heilung sehr nützlich.

Pflaster, Salben und irgendwelche Arzneimittel soll die Hebamme zur Heilung der wunden Warzen nicht anwenden; das überlasse sie dem Arzte, ebenso auch die Bestimmung, ob das Stillen des Kindes noch weiter fortgesetzt werden kann.

§. 316.

Milchknoten nennt man angeschwollene Milchkanäle, welche nicht genügend entleert sind.

Dieselben fühlen sich höckerig an. Nach regelmäßigem Anlegen des Kindes oder künstlichem Abziehen der Milch vergehen sie bald.

Mit Entzündung der Brust darf die Hebamme dieselben nicht verwechseln. Die entzündete Stelle der Brust fühlt sich gleichmäßig gespannt an, schmerzt auf Druck und die Haut darüber wird bald gerötet, auch stellt sich Fieber ein. Entzündete Brüste gehen in der Regel in Eiterung über. Die Hebamme kann der Kranken ihre Beschwerden lindern, wenn sie auf die entzündeten Stellen warme Aufschläge macht. Im übrigen dringe sie auf baldige Hinzuziehung eines Arztes, da durch zeitige Eröffnung der Eiterhöhle der Verlauf der Erkrankung abgekürzt werden kann. Der Arzt wird auch entscheiden, ob dabei das Kind an der Brust noch weiter trinken darf.

§. 317.

Zu reichliche Milchabsonderung ist selten. Die Hebamme binde in solchen Fällen die Brüste auf; lasse die Wöchnerin nur wenig Nahrung, namentlich nur wenig Flüssiges genießen und sorge für reichlichen Stuhlgang. Will oder kann eine Wöchnerin ihr Kind nicht stillen, so verfahre sie ebenso.

Das Abtrinken gespannter Brüste durch andere erwachsene Personen ist eine Unsitte, welche die Hebamme niemals dulden soll.

Zu spärliche Milchabsonderung ist häufiger. Besondere Nahrungsmittel, welche die Milch vermehren, giebt es nicht. Die Wöchnerin halte sich vielmehr nur an die Kost, bei welcher sie sich früher wohl befand.

Zehnter Teil.

Von Erkrankungen der Neugeborenen.

§. 318.

Nur in wenigen Fällen darf die Hebamme bei Fehlern und Erkrankungen der Neugeborenen einen andern Rat geben, als den, einen Arzt herbeizurufen. Sie muß aber wissen, wann dies besonders nötig ist und muß deshalb die häufigeren und gefährlichern Erkrankungen der Kinder kennen.

1. Von den Erkrankungen des Nabels.

§. 319.

Entzündungen des Nabels kommen dann zustande, wenn die Nabelwunde mit krankmachenden Stoffen verunreinigt wurde. War das Nabelläppchen oder das für dieses verwandte Fett nicht vollkommen rein, so können dadurch die wunden Stellen angesteckt werden. Ganz besonders ist dies aber zu befürchten, wenn die Hebamme bei ihrem Wochenbesuch zuerst die Wöchnerin besorgt und dann ohne vorherige gründliche Säuberung ihrer Hände den Nabelverband erneuert. Uebertragungen von Wochenfluß auf die wunden Stellen ist die verderbliche Folge.

Ein entzündeter Nabel bekommt einen roten Hof und geschwollene Ränder. War die Nabelschnur bereits abgefallen, so entsteht in der Mitte ein eiterndes Geschwür.

Diese Erkrankung greift leicht in die Tiefe, indem sie sich entlängs den Nabelschnuradern in die Bauchhöhle fortsetzt, und bringt das Kind in äußerste Gefahr.

§. 320.

Nabelblutungen beruhen, wenn sie in den ersten Stunden nach der Geburt zu stande kommen, auf ungenügender Unterbindung der Nabelschnur; die Hebamme lege dann noch eine neue feste Unterbindung an.

Treten solche Blutungen nach Abfall des Nabelschnurrestes auf, so können sie von sehr ernster Bedeutung werden und der Behandlung große Schwierigkeiten machen. Die Hebamme lege in solchen Fällen bis zur Ankunft des Arztes ein zusammengefaltetes Polster von Leinen auf die Nabelwunde und befestige dasselbe durch festes Anziehen der Nabelbinde.

Nach Abfall der Nabelschnur treten am Nabel bisweilen rote Fleischwärzchen hervor, sogenannter Fleischnabel. Es beseitigen sich dieselben in der Regel von selbst wieder in längstens 14 Tagen, wenn die Nabelbinde über denselben fest angelegt war.

Nabelbrüche können sich ausbilden, nachdem die Vernarbung des Nabels beendet war. Was dabei zu thun ist, bestimmt der Arzt.

2. Von dem Wundsein der Kinder.

§. 321.

Wundsein der Kinder ist in der Regel die Folge von mangelnder Reinlichkeit. Einige Kinder sind vorzugsweise geneigt dazu und bedürfen ganz besonderer Pflege, namentlich die frühgeborenen und auch die übermäßig fett genährten Kinder.

Die wunden Stellen betreffen besonders die Falten der Haut, die Schenkelbeuge, die Umgegend des Afters, die Achselhöhlen, die Hautfalten am Halse.

Sind diese wunden Stellen von größerer Ausdehnung, so stören sie erheblich das gesammte Befinden des Kindes. Dasselbe wird unruhig, schreit viel, wacht oft aus dem Schlaf auf und will nicht regelmäßig trinken.

Das Wundwerden kann die Hebamme verhüten, wenn sie darauf hält, daß das Kind häufig gewaschen, täglich gebadet und niemals längere Zeit in nassen Windeln liegen gelassen wird.

Ist dasselbe trotzdem ausgebrochen, so hilft wiederum nur Reinlichkeit. Die Streupulver, Puder, Salben, welche die Frauen so leicht anzuwenden geneigt sind, soll die Hebamme nicht zulassen, die Anwendung solcher Mittel wäre Quacksalberei. Werden Arzeneimittel nötig, so verschreibe diese der Arzt.

Schälblasen, Abhebungen der Oberhaut durch Flüssigkeit kommen öfters bei Neugeborenen an solchen Hautstellen vor, welche durch Reibung der Kleidungsstücke gereizt sind. Die Gesundheit der Kinder wird dadurch nicht gestört.

Milchschorf, mit Bildung von Eiterkrusten kommt auch bei sonst gut genährten Kindern an Gesicht und Scheitel

Ergänzungsblatt 5

zum Hebammen-Lehrbuch Seite 242

(Ministerial-Erlaß vom 27. Februar 1900.)

An Stelle des 6. Absatzes des §. 321 tritt folgende Darstellung:

Neben dem Seite 153 (§. 219) erwähnten syphilitischen Blasenausschlage der neugeborenen Kinder kommt auch eine Form von sehr ansteckenden Schälblasen vor. Sie entstehen gewöhnlich in den ersten Tagen nach der Geburt auf der Haut an den verschiedensten Körperstellen als runde oder unregelmäßig geformte, manchmal sich schnell vergrößernde Bläschen von der Größe eines Hirsekorns bis zu der eines Zehnpfennigstückes und darüber. Im Gegensatze zu dem syphilitischen Blasenausschlage bleiben vielfach die Fußsohlen und Handflächen frei. Wo die Bläschen dichter stehen, können sie zusammenfließen, bis handtellergroße Blasen bilden und den Kindern ein Aussehen geben, als ob sie verbrüht seien. Anfangs sind die Bläschen in der Regel mit klarer Flüssigkeit gefüllt, später wird der Inhalt trübe, schließlich eiterähnlich. Nach einiger Zeit platzen die Blasen und an ihrer Stelle zeigt sich ein rother nässender, von der Oberhaut entblößter Fleck. Neben den älteren können neue

frische Bläschen bis in die dritte Woche entstehen. Fieber ist in den leichten Fällen nicht vorhanden; in der Regel tritt nach einer bis drei Wochen bei zweckmäßiger Behandlung Heilung ein. Nicht selten kommen jedoch auch Fälle mit Fieber und tötlichem Ausgange vor.

Die Schälblasen sind sehr ansteckend und können durch Gebrauchsgegenstände und Personen verbreitet werden; insbesondere werden dieselben aber leicht durch Hebammen oder Wärterinnen von einem Neugeborenen auf andere mit unreinen bezw. mit durch Eiterstoffe beschmutzten Händen übertragen. Auch ältere Kinder und Erwachsene können von der Krankheit ergriffen werden.

Hat die Hebamme ein an Schälblasen leidendes Kind berührt, so hat sie ihre Hände aufs Sorgfältigste zu desinfiziren und, bevor sie zu einer zweiten Wöchnerin oder einem zweiten Kinde geht, ihre Kleider zu wechseln. Von jeder in ihrer Praxis vorkommenden Schälblasenerkrankung eines Kindes hat die Hebamme dem Kreis-Physikus unter näherer Darlegung des Falles mündlich oder schriftlich Anzeige zu erstatten und den hiernach ergehenden Weisungen Folge zu leisten. Beim Auftreten von mehreren Fällen in ihrer Praxis hat sich die Hebamme der Ausübung ihres Berufs so lange zu enthalten, bis sie von dem Kreis-Physikus Verhaltungsmaßregeln eingeholt hat.

Jeder Fall ist in das Tagebuch einzutragen. Auf die Zuziehung eines Arztes ist in allen mit Fieber verbundenen Fällen zu dringen.

überlassen sein den Kriegsschauplatz zu machen.

vor. Auch dabei hilft vor Allem Reinlichkeit. Die arzneiliche Behandlung hat der Arzt anzuordnen.

3. Von den Erkrankungen des Mundes.

§. 322.

Neugeborene Kinder haben auf dem hinteren Teil des Zungenrückens regelmäßig einen zarten weißen Belag und oben in der Gaumennaht einen gelben Streifen oder kleine gelbe runde Drüsenknötchen.

Diese hellen Stellen finden sich nahezu immer bei ganz gesunden Neugeborenen; die Hebamme muß dieselben kennen, damit sie diese nicht mit Schwämmchen verwechselt. Schwämmchen oder Soor sind eine Erkrankung, welche auf einem Schimmelpilz beruht. Es bilden sich dabei weiße, punktförmige Auflagerungen auf die Mundschleimhaut und zwar vorzugsweise an den Stellen, an welchen sie nicht abgerieben werden können. Sie finden sich demnach an den Backentaschen, an den Hinterflächen der Lippen und an den Rändern der Zunge. Die dazwischen liegende Schleimhaut ist in der Regel lebhaft gerötet.

Ein Kind, welches mit diesen Schwämmchen behaftet ist, hat infolge der entzündeten Mundschleimhaut Beschwerden beim Saugen. Auch erkrankt es leicht an Durchfall, wenn es von den Schimmelpilzen in den Magen hinunterschluckt.

Oefteres Waschen des Mundes mit reinem Wasser beseitigt in den leichteren Fällen die Erkrankung. Die Hebamme darf sich aber nicht auf das Auswaschen des kindlichen Mundes allein beschränken, sondern sie hat die Warze der Wöchnerin in gleicher Weise rein zu halten, sonst wird von dort die Krankheit wieder auf das Kind übertragen.

Ganz besonders ist bei Fütterkindern nötig, daß der Saugpfropfen und die Milchflasche wiederholt auf das Gründlichste gereinigt wird.

Nimmt die Erkrankung nicht nach einigen Tagen ihren Ablauf, so ist ein Arzt zu befragen.

4. Von der Kopfblutgeschwulst.

§. 323.

Die gewöhnliche Geburtsgeschwulst Neugeborener schwindet in den ersten Tagen und irgend ein Nachteil wird durch dieselbe nicht bewirkt.

Zeigt sich in den späteren Tagen noch eine Anschwellung an einem Schädelknochen, so ist das in der Regel eine Kopfblutgeschwulst.

Diese Geschwulst besteht in einem Austritt von Blut unter die Knochenhaut eines Schädelknochens, meistens eines Scheitelbeins. Es sind dann während der Geburt kleine Adern der Knochenhaut eingerissen, und nun wird in den folgenden Tagen durch das nachsickernde Blut die Knochenhaut zu einer halbkugeligen Geschwulst abgehoben. Solche Geschwülste heilen in der Regel von selbst, bisweilen freilich erst nach längerer Zeit. Sollte sich die Heilung übermäßig verzögern oder die Geschwulst von Anfang an sehr groß gewesen sein, ist ein Arzt hinzuzuziehn.

5. Von der Augenentzündung Neugeborener.

§. 324.

Die Augenentzündung der Neugeborenen ist eine gefährliche Krankheit, welche oft in wenigen Tagen zu unheilbarer Erblindung führt. Sehr viele Kinder haben in früheren Zeiten ihr Augenlicht durch dieselbe verloren.

Ergänzungsblatt 2

zum Hebammen-Lehrbuch Seite 245

(Ministerial-Erlaß vom 30. November 1894).
Auf Seite 245 ist hinter §. 324 einzuschieben:

---

n der Mittelohrentzündung Neugeborener.

§. 324a.

Neugeborenen tritt nicht selten eine eitrige Mittel-
dung auf. Dieselbe ist von hohem Fieber begleitet
heftige Schmerzen hervor, in Folge deren die Kinder
schreien, sich auch wohl nach den Ohren greifen
Brust nicht nehmen wollen. Nach einigen Tagen
eitriger Ausfluß aus den Ohren.

eitrige Mittelohrentzündung kann ohne rechtzeitige
ge ärztliche Behandlung zum Verluste des Gehörs
t zu späterer Taubstummheit, zu Hirnentzündungen
Tode führen. Zur Vermeidung dieser Gefahren
nkheitsfällen der bezeichneten Art gemäß §. 318
men ein Arzt zuzuziehen.

Die Krankheit beginnt in den ersten Tagen nach der Geburt mit Anschwellung und Rötung der Auglider.

Bald quillt dann aus der Lidspalte dünn bräunliche Flüssigkeit hervor und in den folgenden Tagen, wenn man die geschwollenen Lider von einander zieht, dicker eiteriger Schleim. Von diesem Schleim wird auch der Augapfel leicht angegriffen und die klare Hornhaut desselben getrübt.

Diese Augenentzündung kommt dann zu stande, wenn dem Kinde bei der Geburt bösartiger Schleimfluß aus der Scheide der Mutter in die Lidspalte gedrungen ist.

Die Hebamme wird hiernach einsehen, wie außerordentlich wichtig es ist, daß sie dem Kinde, sobald der Kopf geboren ist, diesen verderblichen Schleim sofort mit reinem Wasser von den Augen abwäscht. Von der Sorgfalt, welche sie hierbei anwendet, wird oft die Gesundheit der Augen des Kindes abhängig sein. Im Uebrigen richte sie sich nach den im § 218 angegebenen Vorschriften.

Ist trotz der beobachteten Vorsicht die Krankheit beim Kinde ausgebrochen, so ist sofort ein Arzt hinzuzuziehn. Bis zu seiner Ankunft sorge die Hebamme durch fleißiges Auswaschen der Augen für Entfernung des angesammelten eitrigen Schleims und lege mit kleinen Leinwandpolstern kalte Aufschläge auf die Augen. Sie nehme sich dabei auch sehr in Acht, daß sie nichts von dem ansteckenden Schleim auf ihr eignes oder andere Augen übertrage.

6. Von der Entzündung der Brüste bei Neugeborenen.

§. 325.

Anschwellung der Brüste sind eine bei Neugeborenen, Knaben sowohl als Mädchen gewöhnliche Erscheinung. Es

finden sich dann harte Stellen in der Brust, welche mit Milch gefüllt sind, die bei leichtem Druck aus den Warzenöffnungen hervorquillt.

Diese Stellen kommen bisweilen, namentlich wenn sie gewaltsam gedrückt wurden, zur Eiterung, die überdeckende Haut wird rot, gespannt und empfindlich, dann ist ein Arzt hinzuzurufen.

7. Von der Wundrose.

§. 326.

Rose oder Rotlauf nennt man eine Entzündung der Haut, welche von solchen Wunden ausgeht, in die ein Ansteckungsstoff hineingelangt ist. Diese Entzündung hat das Besondere, daß sie sich von einer Hautstelle auf andere wandernd weiter verbreitet. Bei Neugeborenen geht sie in der Regel von der Nabelwunde, bisweilen auch von den Geschlechtsteilen oder von Verletzungen der Kopfhaut aus. Die Krankheit ist gefährlich für das Leben des Kindes und bedarf rascher ärztlicher Hülfe.

War die Wöchnerin gesund, so ist es geraten, das erkrankte Kind von ihr zu trennen. Leidet sie an Kindbettfieber, so ist diese Trennung unnötig.

8. Von dem Kinnbackenkrampf.

§. 327.

Der Kinnbackenkrampf ist bei Neugeborenen fast allemal eine tötliche Krankheit, er kommt nur vor, so lange noch eine offene Nabelwunde besteht; Störungen in der Heilung des Nabels sind in der Regel die Ursache. Auch

hat man vermutet, daß derselbe durch zu heißes Baden hervorgerufen werden könne.

Das Kind kann dabei den Mund nicht öffnen und klemmt die Kiefer so fest zusammen, daß selbst die Einführung des Fingers in den Mund Schwierigkeiten macht. Oft wird auch der ganze Körper von dazwischen auftretenden Zuckungen oder Starrkrampf ergriffen. Warme Bäder schaffen vorübergehende Linderung.

9. Von den Verdauungsstörungen der Säuglinge.

§. 328.

Erbrechen kommt bei Säuglingen öfters vor und greift dieselben in der Regel nicht an, da der kleine Magen die zu reichlich genossene Milch leicht wieder herausgiebt. Die Kinder würgen dabei nicht, sondern speien.

Fehler in den Stuhlausleerungen lassen auf eine unzweckmäßige Ernährung schließen. Bei Brustkindern kommen sie seltener vor, bei Fütterkindern bleiben sie nur selten jemals ganz aus.

Bei Durchfall sind die Ausleerungen wässrig, mit einzelnen Stücken, wie von gehackten Eiern, durchmischt, nicht gleichmäßig verdaut und von ungewöhnlicher grünlicher oder weißlicher Farbe. Dabei ist das Kind unruhig und nimmt rasch an Körpergewicht ab.

Wechsel in der Nahrung, über den der Arzt bestimmen muß, ist hier die richtige Hülfe.

Bei Verstopfung sind Klystiere von warmem Wasser erforderlich, welchem etwas Oel zugesetzt werden kann. Die Hebamme bringt den Neugeborenen solche Klystiere in der Bauchlage mittelst ihrer Spülkanne bei.

§. 329.

Jedes Kind, welches nicht allwöchentlich an Gewicht zunimmt, ebenso jedes, welches eine Zeit lang die Brust nicht nehmen will oder eine besondere Unruhe zeigt, ist für ernstlich krank zu halten.

In der großen Mehrzahl der Fälle liegt der Grund nur in einer fehlerhaften Behandlung des Kindes. Erhält dasselbe ausreichende Brustnahrung in regelmäßigen Zwischenräumen, wird es rein gehalten, liegt es in warmer und gesunder Luft, so wird es nahezu in allen Fällen gut gedeihen. Schwächlich geborene Kinder bedürfen vorzugsweise einer in dieser Hinsicht sorgfältig beaufsichtigten Pflege.

Anhang.

Von einigen Hülfeleistungen der Hebammen.

1. Das Katheterisieren.

§. 330.

Das künstliche Abnehmen des Harns wird mit dem Katheter bewirkt. Der Katheter, welchen die Hebamme mit sich führt, soll von Neusilber und nicht allein von außen spiegelblank, sondern auch innen stets völlig rein sein. Jede kleine Unreinigkeit, welche daran haftet, kann langwierigen Blasenkatarrh herbeiführen. Vor und nach dem Gebrauch bei einer Wöchnerin ist der Katheter jedesmal außen und innen zu putzen, abzureiben und auszukochen. Elastische Katheter darf die Hebamme nicht mit sich führen, weil dieselben niemals gründlich rein zu halten sind.

Zum Abnehmen des Harns wird die Frau in die Rückenlage mit erhöhtem Kreuz gebracht, ihre Schenkel werden von einander gespreizt. Die Hebamme stellt sich dann an ihre rechte Seite, zieht mit der linken Hand die kleinen Schamlippen so weit auseinander, daß sie die Mündung der Harnröhre sieht und tupft nun mit Watte die Harnröhrenmündung und deren Umgebung rein von dem darauf haftenden Schleim.

Dann nimmt sie mit der rechten Hand den vorher

bereit gelegten und ~~in Vaselin getauchten~~ Katheter und führt denselben behutsam in die hinter der Schamfuge gebogen in die Höhe laufende Harnröhre hinauf, bis der Harn in das untergesetzte Gefäß hervorfließt.

Fand sie beim Eindringen in die Harnröhre Widerstand, so darf sie diesen niemals mit Gewalt überwinden wollen, sondern versuche, ob nicht durch kleine seitliche Bewegungen der Katheter besser in die Blase hineingleitet.

Bei Senkungen der vorderen Scheidenwand und gar bei Vorfall der Geschlechtsteile richtet die Harnröhre sich nicht nach oben wie sonst, sondern hat einen nach unten gebogenen Verlauf. Auch kann bei empfindlicher Blase der Schließmuskel der Blase sich bei Berührung mit der Spitze des Katheters so zusammenziehen, daß bei gezwungener Einführung desselben sicher Verletzungen zu stande kommen würden. Die Hebamme lasse dann den Katheter ruhig solange liegen, bis diese Zusammenziehung des Schließmuskels sich hebt.

Stand der Kopf so tief im Becken, daß er die Harnröhre zusammendrückte, so gelingt die Einführung des Katheters in der Rückenlage bisweilen nicht. In der Seitenlage wird dann öfters noch die Abnahme des Urins möglich. Niemals soll die Hebamme den Katheter unter der Bettdecke einführen, ohne die Harnröhrenmündung frei vor Gesicht gebracht zu haben. Es würde sich dabei nie vermeiden lassen, daß Schleim und Wochenfluß aus der Scheide mit in die Blase hineingebracht wird.

2. Das Klystiersetzen.

§. 331.

Zu einem eröffnenden Klystier für Erwachsene nimmt die Hebamme 1/4 bis 1/2 Liter lauwarmen Wassers, dem sie

1 Theelöffel voll Salz und in manchen Fällen auch 1 Eßlöffel voll Baumöl zusetzt. Die Wärme des Wassers muß der Körperwärme gleichkommen und von der Hebamme mit dem Thermometer geprüft werden.

Die Beibringung des Klystiers geschieht mittelst der Spülkanne. Der früher üblichen Klystierspritze darf die Hebamme sich nicht mehr bedienen.

In der Spülkanne rührt die Hebamme die Flüssigkeit durcheinander, setzt dann ein gesäubertes Klystierrohr an den Schlauch und treibt nun die in dem Schlauch vorhandenen Luftblasen aus, indem sie bei hochgehaltener Spülkanne aus dem nach aufwärts gerichteten Klystierrohr etwas Wasser herausfließen läßt. Die Hebamme lagert dann die Frau mit erhöhtem Steiß und tiefer liegendem Kopf auf die linke Seite auf den Bettrand, führt sodann das Klystierrohr behutsam 7—8 Centimeter weit nach links und hinten in den Darm, öffnet den Quetschhahn am Schlauch und hebt nun die Spülkanne ungefähr einen Fuß hoch über die Afteröffnung, wobei sie dann beobachtet, wie das Wasser aus der Spülkanne abläuft. Läuft das Wasser zu rasch ab, so senkt sie die Spülkanne etwas, läuft es zu langsam, so hebt sie sie ein wenig. Stockt der Ausfluß, so genügt in der Regel ein leichtes Zurückziehn des Rohrs, um denselben wieder in Gang zu bringen. Je mehr die Frau nach der Bauchseite hinübergeneigt lag, um so leichter wird meistens die Flüssigkeit in den Darm hineinfließen.

Auch in der Rückenlage läßt sich ein Klystier beibringen, doch ist dabei die Spülkanne höher zu halten. Dies ist unbequemer und die Flüssigkeit dringt dabei nicht so schonend in den Darm, auch läßt sich das Bett, trotz untergeschobenen Stechbeckens dabei schwerer vor Durchnässung schützen.

Handelt es sich um Stillungen von Blutungen, so ist das Wasser kühler zu nehmen. Bisweilen kann auch bei Blutungen durch Heißwasser-Einspritzungen genützt werden (vgl. § 298).

Zu den Ausspülungen der Geburtsteile verwende die Hebamme stets nur das Mutterrohr, niemals das Klystierrohr. Auch vermeide sie bei der Einführung des Rohres, daß der Schlauch der Spülkanne nicht mit in die Geschlechtsteile eingeführt wird. Je länger das Mutterrohr war, um so eher kann dies vermieden werden. Ferner hat die Hebamme sorgfältig darauf zu achten, daß alle im Schlauch befindliche Luft vor der Einführung aus demselben ausgetrieben wird, und zu dem Behufe, wie oben angegeben, erst Wasser durch den Schlauch herausfließen zu lassen.

Einspritzungen in die Gebärmutterhöhle wird die Hebamme nur dann machen dürfen, wenn sie von einem Arzt besonderen Auftrag und Unterweisung dazu erhält.

Aeußerste Sauberkeit der benutzten Rohre ist fortwährend von der Hebamme im Auge zu halten.

4. Der Gebrauch des Thermometers.

§. 333.

Die Kenntnis und der verständige Gebrauch des Thermometers ist eine für die Hebamme außerordentlich wichtige Sache. Seit man das Thermometer für die Messung der Körperwärme richtig zu benutzen gelernt hat, ist man in den Stand gesetzt worden, viele Krankheiten zeitiger als früher zu erkennen und ihren Verlauf und die Aussicht auf Genesung besser beurteilen zu können. Da es nun aber gerade ein wichtiger Teil der Hebammenkunst ist, eintretende Krankheiten frühzeitig erkennen zu können, so

vermag die Hebamme aus der Anwendung des Thermometers den größten Nutzen zu ziehn.

Die Hebamme führe daher unter ihren Gerätschaften das Krankenthermometer stets bei sich und nehme es namentlich immer mit bei ihren Wochenbesuchen. Will sie einem Arzt genauen Bericht über das Befinden einer ihrer Wöchnerinnen abstatten, so darf eine Angabe über die Körperwärme dabei nicht fehlen.

Das Thermometer, welches die Hebamme mit sich zu führen hat, ist ein 100teiliges oder Celsius'sches und 37 Grade dieses Thermometers zeigen die Körperwärme eines gesunden Menschen an.

Will die Hebamme die Körperwärme messen, so wärme sie zunächst die Kugel des Thermometers in ihrer Hand, bevor sie dasselbe in die Achselhöhle einlegt. Sodann trockne sie die Achselhöhle von dem etwa darin enthaltenen Schweiß und lasse die Achselhöhle nun schließen, indem sie die Frau den Arm an die Brust anlegen und die Hand auf die entgegengesetzte Schulter legen läßt. Nachdem dann der Oberarm leicht gelüftet ist, führe die Hebamme die Thermometerkugel in die Achselhöhle und schließe den Oberarm an. Nach einer Viertelstunde schaue die Hebamme an dem Thermometer zu, ohne an demselben zu rühren, wie hoch das Quecksilber gestiegen ist und nehme es dann fort. War die Temperatur mehrere Zehntel über 38,5 gestiegen, so ist Fieber da und ein Arzt zu benachrichtigen.

Die Hebamme halte ihr Thermometer stets in sorgsamer Aufsicht und schütze es durch Aufbewahrung in einer geeigneten Kapsel vor Beschädigungen. Niemals halte sie es in heißes Wasser oder an einen heißen Ofen, da sonst

V bis 37.5

10

das Quecksilber in raschem Ansteigen die Glashülse zersprengt. Auch achte sie von Zeit zu Zeit darauf, ob sich im Quecksilberfaden etwa eine Lücke gebildet hat, in welchem Fall es nicht mehr richtig anzeigen und auszubessern sein würde.

Recht zweckmäßig ist eine Sorte von Thermometern, bei welchen das Quecksilber in der Höhe, bis zu welcher es gestiegen war, stehen bleibt und erst durch Schütteln wieder zum Hinabsinken gebracht werden kann, sogenannte Maximalthermometer. Ein derartiges Thermometer kann die Hebamme aus der Achselhöhle, nachdem es dort $1/4$ Stunde gelegen hat, fortnehmen und dann am Fenster bei guter Beleuchtung die Höhe, zu der das Quecksilber gestiegen war, ablesen.

5. Die Anwendung von Umschlägen und Aufschlägen.

§. 334.

Warme Aufschläge werden entweder in feuchtem oder in trockenem Zustande gemacht. Die feuchten warmen Umschläge werden am einfachsten mit heißem Wasser bereitet. Die Hebamme taucht ein mehrfach zusammengelegtes Leinentuch in das heiße Wasser, wringt dasselbe aus, prüft es sodann an ihrem Augenlid, ob es nicht zu heiß ist, und legt es nun auf die zu bedeckende Hautstelle. Darüber kommt ein Stück von wasserdichtem Zeug.

Warme Breiumschläge fertigt die Hebamme an, indem sie Hafergrütze, gestoßenen Leinsamen, Mehl oder altes Weißbrot mit heißem Wasser zu einem Brei anrührt. Sie schlägt dann die Hälfte von dem bereiteten Brei in ein leinenes Tuch ein, welches sie so zusammenfaltet, daß Nichts aus demselben ausfließen kann und legt dasselbe auf, nach-

dem sie sich überzeugt hat, daß es nicht mehr zu heiß ist. Liegt der Umschlag auf der Haut, so wird er dort mit wollenen Tüchern bedeckt, um nicht so rasch abzukühlen. Ist die Abkühlung eingetreten, so nimmt die Hebamme den andern Teil des mittlerweile warm gehaltenen Breis und erneuert den Umschlag.

Trockene warme Umschläge kommen seltener zur Anwendung. Man macht dieselben, indem man erwärmte Leinentücher oder wollene Tücher auf die Haut auflegt.

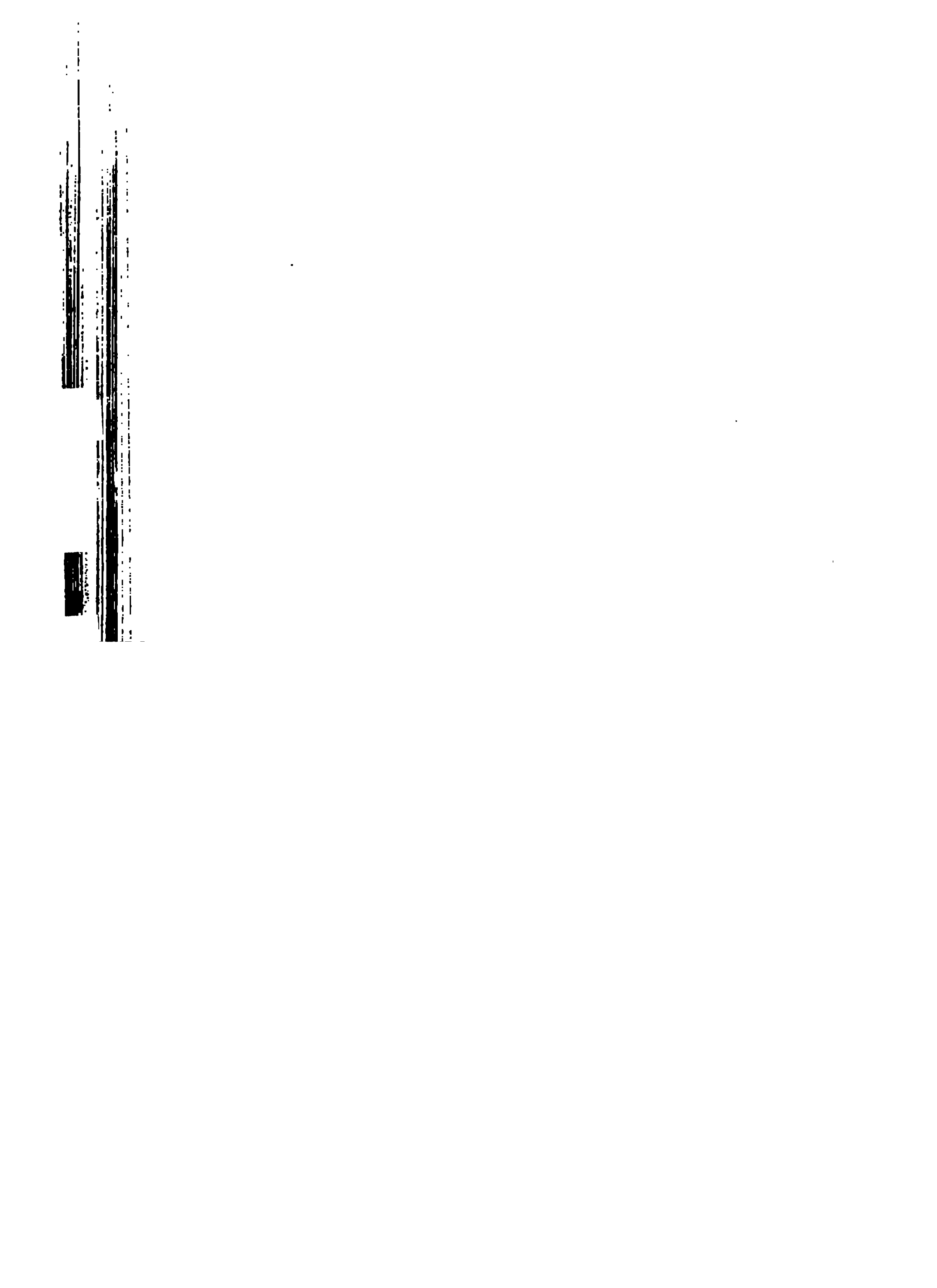
§. 335.

Kalte Aufschläge kommen am wirksamsten zur Anwendung, wenn man Eis verwendet. Man füllt dasselbe in einen Gummibeutel oder in Ermangelung eines solchen in eine große Rinds- oder Schweinsblase. Um Durchnässung oder zu starke Kältewirkung zu verhüten, legt die Hebamme den Eisbeutel nicht unmittelbar auf die Haut, sondern legt eine oder mehrere Lagen Leinwand darunter.

Wird zu den kalten Aufschlägen ein in Kaltwasser getauchtes Leinentuch gewählt, so ist dasselbe oft zu erneuern, da es an der Körperoberfläche sich rasch erwärmt.

Prießnitz'sche Umschläge nennt man kalte Umschläge, die, nachdem sie auf die Haut gelegt sind und mit Flanell oder Leinwand bedeckt, solange liegen gelassen werden, bis sie warm geworden sind. Ueber ihre Anwendung bestimmt der Arzt.

Senfteige wendet die Hebamme nur dann an, wenn der Arzt sie verordnet hat. Sie bereitet dieselben, indem sie gestoßenen Senfsamen in warmem Wasser oder Essig anrührt und den Brei, etwa einen Messerrücken dick, auf ein Stück Leinwand streicht. Dies wird dann auf die Haut



gelegt. Es bleibt dort liegen, bis es lebhaftes Brennen erregt und die Haut darunter rot geworden ist, was meist in 10—30 Minuten erfolgt. Die Haut ist dann mit warmem Wasser abzuwaschen.

Statt des Senfsamen kann die Hebamme auch Meerrettig nehmen, welcher zu schaben und mit warmem Essig anzurühren ist.

6. Das Schröpfen und Blutegelsetzen.

§. 336.

Schröpfen und Blutegelsetzen geschieht nur auf Verordnung des Arztes.

Zum Schröpfen gehört ein Schröpfschnäpper, eine Spirituslampe und eine Anzahl gläserner Schröpfköpfe.

Die Hebamme wäscht die von dem Arzt bezeichneten Hautstellen zunächst mit reinem Wasser, sodann mit 3 procentigem Karbolwasser und trocknet sie mit reiner Leinwand oder Watte ab.

Sie erwärmt sodann einen gläsernen Schröpfkopf über der angezündeten Spirituslampe (aber niemals so heiß, daß es auf der Haut Brennen verursachen könnte!) und setzt diesen auf die Haut. Die Haut wird dann an dieser Stelle blutreich werden und eine rote Farbe annehmen. Ebenso macht die Hebamme es mit den weiteren gläsernen Schröpfköpfen.

Sie nimmt dann den ersten Schröpfkopf, wenn er hinreichend gezogen hat, ab und setzt nun den aufgezogenen Schröpfschnäpper auf, drückt denselben ab, so daß die kleinen Messerchen in die Haut einschneiden, und setzt ihn zum zweiten Mal auf dieselbe Stelle in entgegengesetzter Richtung. Auf die blutende Stelle wird sodann wieder der erwärmte

dem sie sich überzeugt hat, daß es nicht mehr zu heiß ist. Liegt der Umschlag auf der Haut, so wird er dort mit wollenen Tüchern bedeckt, um nicht so rasch abzukühlen. Ist die Abkühlung eingetreten, so nimmt die Hebamme den andern Teil des mittlerweile warm gehaltenen Breis und erneuert den Umschlag.

Trockene warme Umschläge kommen seltener zur Anwendung. Man macht dieselben, indem man erwärmte Leinentücher oder wollene Tücher auf die Haut auflegt.

§. 335.

Kalte Aufschläge kommen am wirksamsten zur Anwendung, wenn man Eis verwendet. Man füllt dasselbe in einen Gummibeutel oder in Ermangelung eines solchen in eine große Rinds- oder Schweinsblase. Um Durchnässung oder zu starke Kältewirkung zu verhüten, legt die Hebamme den Eisbeutel nicht unmittelbar auf die Haut, sondern legt eine oder mehrere Lagen Leinwand darunter.

Wird zu den kalten Aufschlägen ein in Kaltwasser getauchtes Leinentuch gewählt, so ist dasselbe oft zu erneuern, da es an der Körperoberfläche sich rasch erwärmt.

Prießnitz'sche Umschläge nennt man kalte Umschläge, die, nachdem sie auf die Haut gelegt sind und mit Flanell oder Leinwand bedeckt, solange liegen gelassen werden, bis sie warm geworden sind. Ueber ihre Anwendung bestimmt der Arzt.

Senfteige wendet die Hebamme nur dann an, wenn der Arzt sie verordnet hat. Sie bereitet dieselben, indem sie gestoßenen Senfsamen in warmem Wasser oder Essig anrührt und den Brei, etwa einen Messerrücken dick, auf ein Stück Leinwand streicht. Dies wird dann auf die Haut

Nachblutungen aus Blutegelstichen werden dadurch unterhalten, daß man die Stichwunden öfters mit warmem Wasser abwäscht.

Um die Nachblutung zu stillen, dient ein fest aufgelegter Verband.

7. Von den Hülfeleistungen bei plötzlichen Unglücksfällen.

§. 338.

Nicht selten kommt es den Hebammen, namentlich denen auf dem Lande vor, daß sie bei plötzlichen Unglücksfällen zur ersten Hülfeleistung herangezogen werden. Es ist daher von Wichtigkeit für die Hebamme, daß sie weiß, wie sie in solchen Fällen sich zu benehmen hat.

Bei Erstickten ist zunächst dafür zu sorgen, daß frische Luft in das Zimmer eintrete oder, wenn das nicht rasch möglich ist, daß der Erstickte in einen andern Raum geschafft werde. Sodann sind alle beengenden Kleidungsstücke zu lösen und nun, falls der Erstickte nicht kräftig atmet, künstliche Atmung einzuleiten. Dies geschieht am besten so, daß beide Vorderarme erfaßt, hoch an den Kopf hinaufgestreckt und dann wieder auf den Brustkorb zurückgebracht werden, ungefähr 12 mal in der Minute. War das Gesicht des Erstickten blaß, so ist derselbe tief mit dem Kopf zu lagern, war er rot, so darf man den Kopf höher legen.

In gleicher Weise ist bei Erhängten künstliche Atmung einzuleiten.

Bei Vergifteten ist möglichst auf Erbrechen hinzuwirken. Man kann zu dem Zweck den Finger in den Hals stecken oder den Schlund mit einem Federbart kitzeln oder

auch Wasser mit Oel in größerer Menge trinken lassen. Nur wo Verdacht auf Vergiftung mit Phosphorzündhölzchen besteht, darf kein Fett gegeben werden.

Bei Verbrennungen ist es am besten, die kranken Hautstellen mit Oel zu bestreichen und in Watte einzuhüllen.

Erfrorene bringe man nicht sofort aus der Kälte in einen warmen Raum, sondern reibe nach der Entkleidung die Hautoberfläche mit Schnee oder in kaltes Wasser getauchten Tüchern und bringe erst nachher, wenn die Lebenszeichen hervortreten, den Verunglückten in einen wärmeren Raum.

Ertrunkene sind, nachdem alle die Atmung beengenden Kleidungsstücke entfernt sind, auf den Rücken zu lagern, die Arme über die Brust gekreuzt. Sodann ist der Körper auf die Brustseite hinüber zu rollen, so daß die Brust auf die Arme aufdrückt, und dann wieder auf den Rücken zurückzuwälzen, wobei man durch Lüften der Arme die Wirkung unterstützen kann. Dies ist ungefähr 12 mal in der Minute zu wiederholen. Gleichzeitig kann man suchen, durch Reiben der Haut den stockenden Blutlauf wieder zu beschleunigen.

Bei Blutungen an den äußern Teilen muß die Hebamme durch feste Verbände zu helfen wissen. Sie mache sich dabei zur Regel, niemals an den Gliedmaßen nur die blutende Stelle mit einer Binde zu umschnüren, sondern immer vom Ende des Gliedes, also vom Fuß, von den Fingerspitzen, von der Hand aus, mit der Einwickelung anzufangen und die Binde dann weiter nach oben bis zur blutenden Stelle hinaufzuführen.

Anhang.

Instruction für die Hebammen im Königreiche Preußen.

§. 1.

Jede Hebamme soll sich ehrbar und sittsam betragen, einen nüchternen Lebenswandel führen, gewissenhaft in der Erfüllung ihrer Berufspflichten sein, der Obrigkeit schuldigen Gehorsam und den ihren Beruf betreffenden Verordnungen treue Folge leisten. Sie muß dabei stets eingedenk sein, daß von ihrem Verhalten die Gesundheit und selbst das Leben zweier Menschen abhängig, und daher in Allem, was ihr Beruf fordert, behutsam, sorgfältig, unverdrossen und, soweit ihre Berufspflicht dies sonst zuläßt (§. 10. 5., §. 20.), im höchsten Grade verschwiegen sein.

Gewerbeordnung §. 30. Unternehmer von — — Privat-Entbindungs — — — Anstalten bedürfen einer Concession der Verwaltungsbehörde, welche erteilt wird, wenn nicht Thatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Nachsuchenden in Beziehung auf den beabsichtigten Gewerbebetrieb darthun.

Hebammen bedürfen eines Prüfungszeugnisses der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde.

Gewerbeordnung §. 53. Die in dem §. 29. bezeichneten Approbationen können von der Verwaltungsbehörde nur

dann zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargethan wird, auf deren Grund solche erteilt worden sind.

Außer aus diesem Grunde können die in den §§. 30. — — — — — — bezeichneten Genehmigungen und Bestallungen in gleicher Weise zurückgenommen werden, wenn aus Handlungen, oder Unterlassungen des Inhabers der Mangel derjenigen Eigenschaften, welche bei der Erteilung der Genehmigung oder Bestallung nach der Vorschrist dieses Gesetzes vorausgesetzt werden mußten, klar erhellt. Inwiefern durch die Handlungen, oder Unterlassungen eine Strafe verwirkt ist, bleibt der richterlichen Entscheidung vorbehalten.

Strafgesetzbuch §. 300. — — — — — — — — — — Hebammen — — — — — — — — werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres — — — Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu funfzehnhundert Mark, oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein.

§. 2.

Wie in ihrer Kleidung, so soll sie auch an ihrem Körper stets für Reinlichkeit sorgen. Insonderheit soll sie ihre Hände immer möglichst rein halten, durch Vermeidung schwerer Arbeiten geschmeidig erhalten und die Nägel an den Fingern gehörig beschneiden.

§. 3.

Die Hebammen sollen sich friedfertig gegen einander betragen und in Eintracht mit einander leben, namentlich nicht aus Neid oder Habsucht sich in der Meinung des Publikums herabsetzen, vielmehr sollen sie sich im Falle der Not einander willfährig und treu beistehen.

§. 4.

Jede Hebamme soll allezeit bereit sein, bei Tage sowohl, als auch in der Nacht, Schwangeren und Gebärenden, welche ihren Beistand fordern, baldmöglichst zur Hülfe zu kommen. Deshalb soll sie sich nie von ihrer Wohnung entfernen, ohne bestimmte Nachricht zu hinterlassen, wo sie zu finden sei. Wenn eine Hebamme außer ihren Berufsreisen sich auf länger als vierundzwanzig Stunden von ihrem Aufenthaltsorte zu entfernen beabsichtigt, so muß sie solches vorher dem am Orte sich aufhaltenden Physikus, oder in dessen Ermangelung den dort wohnhaften Aerzten, oder sonst dem Prediger und Offizialen anzeigen.

Allen Schwangeren und Gebärenden ohne Unterschied, reichen, wie armen, vornehmen, wie geringen, verehelichten, wie unverehelichten, bekannten, wie unbekannten, soll sie mit gleicher Bereitwilligkeit die verlangte Hülfe zu leisten suchen; eine Gebärende aber, welche vielleicht arm oder gering wäre, soll sie weder ohne deren Einwilligung, noch bevor sie ihr Geschäft völlig beendigt hat, aus Eigennutz und niedriger Gewinnsucht verlassen, um zu einer reichen oder vornehmeren Gebärenden zu gehen.

§. 5.

Ueberhaupt sollen die Hebammen eine Gebärende, welche sich schon in Kindesnöten befindet, nicht verlassen, um einer anderen zu helfen, es sei denn, daß eine andere, mit Einwilligung der Gebärenden herbeigerufene Hebamme die Stelle der weggehenden vertreten könnte. Jede Abweichung von dieser Verpflichtung kann aber nur durch außerordentliche und dringende Notfälle entschuldigt werden; daher die

Hebammen sich deshalb auch jedesmal vor ihrem Gewissen und vor ihrer Obrigkeit vollständig sollen rechtfertigen können.

§. 6.

Wird eine Hebamme gleich nach einander von zwei Gebärenden zum Beistande gerufen, so soll sie diejenige, von welcher zuerst die Botschaft an sie gelangt ist, in der Regel auch zuerst besuchen.

§. 7.

Die Hebammen sollen sich gegen die Gebärenden ohne Ausnahme sorgfältig, liebreich, sanftmütig und dienstfertig bezeigen; wo die Umstände es fordern, sollen sie durch tröstreichen Zuspruch die Gebärenden zu beruhigen und bei langsam fortschreitender Geburt durch Geduld und freundliches Wesen ihre Leiden zu erleichtern suchen. Jede Entbundene sollen sie mit Aufmerksamkeit und Sorgfalt behandeln und sich nicht eher von ihr entfernen, als bis Mutter und Kind gehörig von ihnen besorgt worden sind, und namentlich alle Gefahr von Blutung, Ohnmachten, Krämpfen und dergleichen mehr gehoben ist.

§. 8.

Auch dem neugeborenen Kinde soll die Hebamme eine gleiche Aufmerksamkeit und Sorgfalt widmen. Dies muß selbst dann der Fall sein, wenn das Kind entweder scheintot, oder mit irgend einer Mißbildung als sogenannte Mißgeburt zur Welt gekommen ist.

stattet, weil durch dessen Gebrauch ansteckende Krankheiten leicht fortgepflanzt werden könnten.

§. 12.

In allen Fällen, welche nicht in dem Lehrbuche näher bezeichnet sind, sollen die Hebammen sich nicht nur selbst der Empfehlung und Anwendung von Heilmitteln enthalten, sondern sie müssen auch überhaupt allen Heilversuchen unberechtigter Personen steuern. Namentlich sollen sie sich nach besten Kräften dem Gebrauche abergläubischer und schädlicher Mittel bei Gebärenden, Entbundenen und neugeborenen Kindern, z. B. des Branntweins, der Brech- und Abführmittel widersetzen.

§. 13.

Bei der geburtshülflichen Untersuchung, als dem wichtigsten und schwierigsten Teile ihres Geschäftes, soll jede Hebamme stets mit der größten Aufmerksamkeit, Sorgfalt und Behutsamkeit zu Werke gehen. Sie soll namentlich niemals die äußere Untersuchung versäumen und sie immer vor der inneren anstellen.

§. 14.

In allen Fällen, für welche die Hebammen durch ihr Lehrbuch angewiesen sind, einen Arzt rufen zu lassen, sollen sie die Angehörigen bei Zeiten auf die Notwendigkeit eines solchen Beistandes aufmerksam machen und ohne alle Rücksichten ernstlich auf der Herbeiholung eines Arztes bestehen.

§. 15.

Sind die Umstände dringend, kann aber der herbeigerufene Arzt nicht zeitig genug zur Stelle sein, so soll die

Hebamme, wo es ihr das Lehrbuch gestattet, nach den Regeln ihrer Kunst durch Wendung auf die Füße, durch Lösung des Mutterkuchens, durch Stillung gefährlicher Blutungen die nötige Hülfe selbst zu leisten suchen; ist aber eine andere Hebamme in der Nähe, so soll sie diese so schnell als möglich, zu ihrem Beistande rufen lassen, mittlerweile jedoch nichts versäumen, was zu thun nötig ist.

Strafgesetzbuch §. 222. Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft.

Wenn der Thäter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, so kann die Strafe bis auf fünf Jahre Gefängnis erhöht werden.

Strafgesetzbuch §. 230. Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung eines Anderen verursacht, wird mit Geldstrafe bis zu neunhundert Mark, oder mit Gefängnis bis zu zwei Jahren bestraft.

War der Thäter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines — — — Gewerbes besonders verpflichtet, so kann die Strafe auf drei Jahre Gefängnis erhöht werden.

§. 16.

Kommt ein Kind lebensschwach zur Welt, so soll die Hebamme demselben, wenn die Eltern es verlangen, die Nottaufe geben und hiervon alsdann dem Prediger eine Anzeige machen. Jede christliche Hebamme soll deshalb bei dem Antritte ihres Berufes ihren Beichtvater um die nötige Anweisung zur Verrichtung der Nottaufe ersuchen und, daß dieses geschehen, sich mit einem Zeugnisse bescheinigen lassen, welches ihr unentgeltlich erteilt werden wird.

§. 17.

Die Hebamme ist verpflichtet, jede uneheliche Geburt, bei welcher sie zugegen war, dem Standesbeamten rechtzeitig anzuzeigen.

Von einer ehelichen Geburt, bei welcher sie zugegen war, demselben Anzeige zu machen, liegt ihr alsdann ob, wenn der zunächst dazu verpflichtete Vater des Kindes nicht vorhanden, oder an der Erstattung der Anzeige verhindert ist.

Reichsgesetz über die Beurkundung des Personenstandes.

§. 17. Jede Geburt eines Kindes ist innerhalb einer Woche dem Standesbeamten des Bezirkes, in welchem die Niederkunft stattgefunden hat, anzuzeigen.

§. 18. Zur Anzeige sind verpflichtet

1. der eheliche Vater,
2. die bei der Geburt zugegen gewesene Hebamme.
3. — — — — — — — — — — — — — — —
4. — — — — — — — — — — — — — — —
5. — — — — — — — — — — — — — — —

Jedoch tritt die Verpflichtung der in der vorstehenden Reihenfolge später genannten Personen nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden, oder derselbe an der Erstattung der Anzeige verhindert ist.

§. 19. Die Anzeige ist mündlich von dem Verpflichteten selbst, oder durch eine andere aus eigener Wissenschaft unterrichtete Person zu machen.

§. 22. Die Eintragung des Geburtsfalles soll enthalten:

1. Vor- und Familiennamen, Stand oder Gewerbe und Wohnort des Anzeigenden.
2. Ort, Tag und Stunde der Geburt.
3. Geschlecht des Kindes.
4. Vornamen des Kindes.
5. Vor- und Familiennamen, Religion, Stand oder Gewerbe und Wohnort der Eltern.

Ergänzungsblatt 1

zum Hebammen-Lehrbuch Seite 268

(Ministerial-Erlaß vom 26. Oktober 1893).

Die Instruktion für die Hebammen im Königreiche Preußen wird in §. 17 — auf Seite 268 — wie folgt ergänzt:

Totgeborene menschliche Leibesfrüchte sind den Standesämtern von den Hebammen als Totgeburten anzumelden, sobald dieselben den sechsten Kalendermonat in ihrer Entwickelung überschritten haben, mit der Maßgabe, daß alle Früchte von mehr als 32 cm Körperlänge anzeigepflichtig sind.

---

§. 17.

Die Hebamme ist verpflichtet, jede uneheliche Geburt, bei welcher sie zugegen war, dem Standesbeamten rechtzeitig anzuzeigen.

Von einer ehelichen Geburt, bei welcher sie zugegen war, demselben Anzeige zu machen, liegt ihr alsdann ob, wenn der zunächst dazu verpflichtete Vater des Kindes nicht vorhanden, oder an der Erstattung der Anzeige verhindert ist.

Reichsgesetz über die Beurkundung des Personenstandes.

§. 17. Jede Geburt eines Kindes ist innerhalb einer Woche dem Standesbeamten des Bezirkes, in welchem die Niederkunft stattgefunden hat, anzuzeigen.

§. 18. Zur Anzeige sind verpflichtet

1. der eheliche Vater,
2. die bei der Geburt zugegen gewesene Hebamme.
3. — — — — — — — — — — — — — —
4. — — — — — — — — — — — — — —
5. — — — — — — — — — — — — — —

Jedoch tritt die Verpflichtung der in der vorstehenden Reihenfolge später genannten Personen nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden, oder derselbe an der Erstattung der Anzeige verhindert ist.

§. 19. Die Anzeige ist mündlich von dem Verpflichteten selbst, oder durch eine andere aus eigener Wissenschaft unterrichtete Person zu machen.

§. 22. Die Eintragung des Geburtsfalles soll enthalten:

1. Vor- und Familiennamen, Stand oder Gewerbe und Wohnort des Anzeigenden.
2. Ort, Tag und Stunde der Geburt.
3. Geschlecht des Kindes.
4. Vornamen des Kindes.
5. Vor- und Familiennamen, Religion, Stand oder Gewerbe und Wohnort der Eltern.

68

93).

Königreiche
— wie folgt

den Standes-
anzumelden,
n ihrer Ent-
be, daß alle
nzeigepflichtig



Bei Zwillings= oder Mehrgeburten ist die Eintragung für jedes Kind besonders und so genau zu bewirken, daß die Zeitfolge der verschiedenen Geburten ersichtlich ist.

Standen die Vornamen des Kindes zur Zeit der Anzeige noch nicht fest, so sind dieselben nachträglich und längstens binnen zwei Monaten nach der Geburt anzuzeigen.

— — — — — — — — — — — — — — — —

§. 23. Wenn ein Kind totgeboren, oder in der Geburt verstorben ist, so muß die Anzeige spätestens am nächstfolgenden Tage geschehen. Die Eintragung ist alsdann mit dem im §. 22. unter Nr. 1. bis 3. und 5. angegebenen Inhalte nur im Sterberegister zu machen.

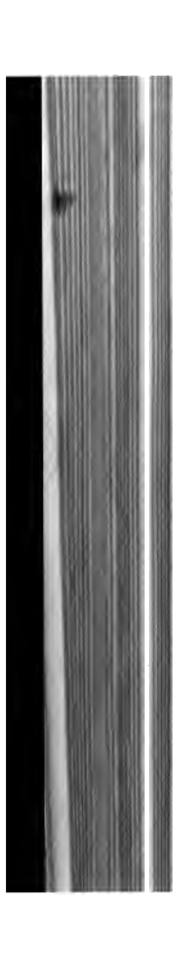
§. 27. Wenn die Anzeige eines Geburtsfalles über drei Monate verzögert wird, so darf die Eintragung nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde nach Ermittlung des Sachverhaltes erfolgen.

Die Kosten dieser Ermittlung sind von demjenigen einzuziehen, welcher die rechtzeitige Anzeige versäumt hat.

Strafgesetzbuch §. 169. Wer ein Kind unterschiebt, oder vorsätzlich verwechselt, oder wer auf andere Weise den Personenstand eines Anderen vorsätzlich verändert, oder unterdrückt, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren und, wenn die Handlung in gewinnsüchtiger Absicht begangen wurde, mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren bestraft. Der Versuch ist strafbar.

§ 18.

Hat die Hebamme Grund zu vermuten, daß eine Schwangere in den letzten Monaten ihrer Schwangerschaft, oder eine Gebärende noch vor erfolgter Entbindung sterben werde, so hat sie solches dem Physikus oder dem nächsten Arzte zeitig anzuzeigen, damit derselbe Anstalt treffe, sofort nach erfolgtem Tode der Mutter, wo möglich, noch das



In allen Fällen, welche nicht in dem Lehr
bezeichnet sind, sollen die Hebammen sich nicht
der Empfehlung und Anwendung von Heilmitteln
sondern sie müssen auch überhaupt allen Heilv
berechtigter Personen steuern. Namentlich soll
nach besten Kräften dem Gebrauche abergläubische
licher Mittel bei Gebärenden, Entbundenen und n
Kindern, z. B. des Branntweins, der Brech- u
mittel widersetzen.

§. 13.

Bei der geburtshülflichen Untersuchung,
wichtigsten und schwierigsten Teile ihres Geschäftes
Hebamme stets mit der größten Aufmerksamkeit,
und Behutsamkeit zu Werke gehen. Sie soll
niemals die äußere Untersuchung versäumen und
vor der inneren anstellen.

§. 14.

In allen Fällen, für welche die Hebammen
Lehrbuch angewiesen sind, einen Arzt rufen zu lass

Dieselben Strafvorschriften finden auf denjenigen Anwendung, welcher mit Einwilligung der Schwangeren die Mittel zu der Abtreibung oder Tötung bei ihr angewendet oder ihr beigebracht hat.

Strafgesetzbuch §. 219. Mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren wird bestraft, wer einer Schwangeren, welche ihre Frucht abgetrieben oder getötet hat, gegen Entgelt die Mittel hierzu verschafft, bei ihr angewendet oder ihr beigebracht hat.

Strafgesetzbuch §. 220. Wer die Leibesfrucht einer Schwangeren ohne deren Wissen oder Willen vorsätzlich abtreibt oder tötet, wird mit Zuchthaus nicht unter zwei Jahren bestraft.

Ist durch die Handlung der Tod der Schwangeren verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe nicht unter zehn Jahren oder lebenslängliche Zuchthausstrafe ein.

Strafgesetzbuch §. 367. Mit Geldstrafe bis zu einhundert und fünfzig Mark oder mit Haft wird bestraft:

1. wer ohne Vorwissen der Behörde einen Leichnam beerdigt oder bei Seite schafft —

Strafgesetzbuch §. 153. Wer einen ihm zugeschobenen, zurückgeschobenen oder auferlegten Eid wissentlich falsch schwört, wird mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren bestraft.

Strafgesetzbuch §. 154. Gleiche Strafe trifft denjenigen, welcher vor einer zur Abnahme von Eiden zuständigen Behörde wissentlich ein falsches Zeugnis oder ein falsches Gutachten mit einem Eide bekräftigt oder den vor seiner Vernehmung geleisteten Eid wissentlich durch ein falsches Zeugnis oder ein falsches Gutachten verletzt.

Ist das falsche Zeugnis oder Gutachten in einer Strafsache zum Nachteile eines Angeschuldigten abgegeben, und dieser zum Tode, zu Zuchthaus oder zu einer anderen, mehr als fünf Jahre betragenden Freiheitsstrafe verurteilt worden, so tritt Zuchthausstrafe nicht unter drei Jahren ein.

§. 21.

Bei ansteckenden Krankheiten soll jede Hebamme sich streng nach den Vorschriften richten, welche ihr in dieser Beziehung in dem Lehrbuche erteilt worden sind.

§. 22.

Alljährlich soll jede Hebamme im Januar-Monat dem Physikus oder dem dessen Stelle vertretenden Arzte eine Liste aller von ihr im Laufe des verflossenen Jahres besorgten Geburten nach dem nebenstehenden Schema überliefern.

Ergänzungsblatt 4

zum Hebammen-Lehrbuch Seite 277
(Ministerial-Erlaß vom 24. Februar 1900).

Der §. 4 wird wie folgt abgeändert.

Schülerinnen, welche sich im Besitze der zu §. 3 Nr. 1 und 2 bezeichneten Eigenschaften befinden und die Prüfung bestanden haben, erhalten ein Prüfungszeugniß. Dasselbe wird von der Prüfungs-Kommission ausgestellt und ist den Hebammen auszuhändigen, nachdem diese durch den Vorsitzenden der Prüfungs-Kommission (Regierungs- und Medizinal-Rath) nach der im Hebammen-Lehrbuche angegebenen Eidesnorm vereidigt worden sind und die Vereidigung auf dem Prüfungszeugnisse vermerkt worden ist. Den Hebammen, welche auf Grund des Vorschlages von Gemeinden, Ortsarmenverbänden, Hebammenbezirken oder auf Kosten solcher Verbände oder der Provinz ausgebildet sind, ist dabei die Verpflichtung aufzuerlegen, sich bei dem Landrathe (Oberamtmanne) ihres Bezirkes persönlich unter Vorlegung des Prüfungszeugnisses spätestens innerhalb 8 Tagen zu melden. Die geschehene Meldung wird auf dem Prüfungszeugnisse vermerkt.

Verzeichniß

der Entbindungen, welche die Hebamme N. N. zu N. N. im Jahre 18   verrichtet hat.

1. No.	2. Tag und Stunde der Geburt. Wann traf die Hebamme bei der Gebärenden ein?	3. Name, Stand, Alter und Wohnort (Wohnung) der Entbundenen. (Name des Ehemannes.)	4. Wievielte Geburt?	5. Stellung des Kindes zur Geburt.	6. Geschlecht des Kindes.	7. Ist das Kind lebend oder todt geboren?	8. War das Kind rechtzeitig, (reif)? frühzeitig, (frühreif)? unzeitig (Abort)? geboren?	9. War bei der Geburt künstliche Hülfe nöthig? Welcher Art? Name des Arztes.	10. Wie viel reine Carbolsäure wurde verbraucht?	11. Blieb die Mutter gesund? Erkrankte sie? Starb sie? An welchem Tage?	12. War das Kind bis zum zehnten Tage gesund? Starb es? Wann?	13. Besondere Bemerkungen.

Allgemeine Verfügung, betreffend das Hebammenwesen.

---

§. 1.

Die gewerbliche Ausübung der geburtshülflichen Thätigkeit durch Frauen steht innerhalb des preußischen Staates nur den Hebammen zu, welche ein Prüfungszeugniß einer preußischen Behörde erhalten haben.

Die durch Staatsverträge geregelten Verhältnisse in den Grenzdistrikten bleiben unberührt.

§. 2.

Zur Prüfung als Hebamme dürfen nur solche Personen zugelassen werden, welche einen vollständigen Kursus in einer preußischen Hebammenlehranstalt durchgemacht haben.

Ausnahmsweise können auch solche Personen zur Prüfung zugelassen werden, welche den Nachweis eines anderweiten gleichwertigen Bildungsganges, sowie des Besitzes der zur Aufnahme in eine preußische Lehranstalt erforderlichen Eigenschaften führen.

Die Prüfung selbst erfolgt nach Maßgabe der §§ 82 bis 85 des Reglements vom 1. Dezember 1825.*)

---

*) Anmerkung 1. Reglement vom 1. December 1825 §. 82; Die Prüfung der Hebammen-Schülerinnen behufs ihrer Approbation wird am Ende eines jeden Hebammen-Lehr-Cursus und wo möglich im Lokale des Königlichen Heb-

§. 3.

Alle Anträge auf Zulassung zu den inländischen Hebammenlehranstalten sind in Bezug auf die staatlichen Institute an die Bezirksverwaltungsbehörden (Regierungs-Präsidenten, Regierungen, Landdrosteien), rücksichtlich derjenigen Institute,

---

ammen-Lehr-Institutes vorgenommen. Die Veranstaltung zur Prüfung geht, wenn die Anstalt nur für einen Regierungsbezirk die Hebammen zu bilden hat, von der Regierung, im entgegengesetzten Falle aber von den betreffenden Königlichen Ober-Präsidien aus.

Die Prüfungscommission besteht aus drei Personen, nämlich dem Hebammenlehrer, dem Regierungs-Medicinal-Rathe, wenn das Institut auf ein Regierungs-Departement sich beschränkt, und aus einem hierzu geeigneten Mitgliede des im Orte befindlichen Medicinal-Collegii oder aus einem qualificirten Kreisphysikus des Departements. Umfaßt das Institut mehrere Regierungs-Bezirke, so bestimmen die Königlichen Ober-Präsidien die Reihenfolge, in welcher die verschiedenen Regierungs-Medicinalräthe mit dem Hebammen-Lehrer die Prüfungs-Commission bilden sollen; es ist alsdann nur darauf zu sehen, daß einerseits den Regierungs-Medicinalräthen die Gelegenheit verschafft werde, sich von Zeit zu Zeit von der Lehrmethode im Institute und der Ausbildung der für ihren Bezirk bestimmten Hebammen selbst zu überzeugen, andererseits aber dadurch nicht zu unnöthigen und häufigen Entfernungen von ihren Dienstposten und kostspieligen Dienstreisen Gelegenheit gegeben werde.

§. 83: Der Hebammen-Lehrer übernimmt besonders den praktischen Teil der Prüfung und läßt namentlich die Schülerinnen im Zufühlen an den nachgebildeten Scheiden-Portionen sich versuchen, sowie die Untersuchungen in den Kindeslagen und die Wendungsversuche am Phantom vornehmen.

§. 84: Der übrige Teil der Prüfung ist vorzüglich Sache der übrigen Examinatoren, und sie haben namentlich die Lehrtöchter über das, was die Hebammen von dem Bau und den Verhältnissen des weiblichen Beckens wissen müssen, sowie über die Zeichen und Perioden der Schwangerschaft, über Gefahr drohende Erscheinungen und Zufälle, über die wichtigsten Geburtsfälle, die herrschenden Vorurteile, die Behandlung der Wöchnerinnen und neugeborenen Kinder u. s. w., und zwar genau nach Anleitung des Hebammen-Lehrbuches ausführlich zu prüfen. Endlich muß auch jeder Lehrtochter aufgegeben werden, eine ihr zu bestimmende Stelle im Hebammenbuche vorzulesen, wobei zu erforschen ist, ob sie das Gelesene auch gehörig verstanden habe.

§. 85: Ueber die Prüfung ist ein Protokoll aufzunehmen und darin zu bemerken, auf welche Gegenstände sich dieselbe erstreckt hat, und welche Manual-Uebungen vorgenommen sind. Das Resultat der Prüfung ist am Schlusse zu bemerken.

welche sich in der Verwaltung der Provinzialverbände bezw. der kommunalständischen Verbände befinden, an die in den Anstalts-Reglements bestimmten Amtsstellen zu richten.

Vorzugsweise werden solche Personen als Schülerinnen aufgenommen, welche hierzu von Gemeinden, Ortsarmenverbänden oder Hebammenbezirken vorgeschlagen sind.

Außerdem dürfen Schülerinnen nur soweit aufgenommen werden, als die Verhältnisse der Anstalt es gestatten. Solche haben sich bei Vermeidung sofortiger Entlassung allen für die Schülerinnen der Hebammenlehrinstitute bestehenden Anordnungen zu fügen.

In allen Fällen werden nur solche Personen als Schülerinnen aufgenommen, welche:

1. für den Hebammenberuf körperlich und geistig wohl befähigt, insbesondere auch des Lesens und Schreibens kundig sind,
2. die erforderliche Zuverlässigkeit in Bezug auf denselben besitzen, unbescholtenen Rufes sind und insbesondere nicht außerehelich geboren haben.

Die Erfordernisse zu 1 sind durch ein Attest des Kreis- (Stadt-, Oberamts- Physikus auf Grund einer von ihm mit der Betreffenden abgehaltenen Prüfung, zu 2 durch ein Attest der Ortspolizeibehörde darzuthun.

Außerdem sind beizubringen und gleichzeitig mit dem Attest zu 2 dem Kreis- (Stadt-Oberamts- Physikus vorzulegen: ein Geburtsschein und ein Attest über die erfolgte Revaccination.

Personen, welche jünger als zwanzig oder älter als dreißig Jahre sind, dürfen als Schülerinnen nicht aufgenommen werden.

Schülerinnen, welche kostenfreie Ausbildung im Institut

genossen haben, sind bei Vermeidung der Erstattung der auf ihre Ausbildung verwendeten Kosten gehalten, eine ihnen von der Bezirksverwaltungsbehörde angewiesene Stelle als Bezirkshebamme mindestens drei Jahre lang zu verwalten.

Eine bezügliche Verpflichtung ist ihnen bei der Aufnahme in die Anstalt aufzuerlegen.

§. 4.

Schülerinnen, welche sich im Besitz der zu §. 3 Nr. 1 und 2 bezeichneten Eigenschaften befinden und die Prüfung bestanden haben, erhalten ein Prüfungszeugnis. Dasselbe wird von der Prüfungs-Kommission ausgestellt und den Hebammen unter Vermittlung der provinzial- bezw. kommunalständischen und der Bezirksverwaltungsbehörde durch den Landrat (Amtshauptmann, Oberamtmann) desjenigen Bezirks, in welchem sie sich niederlassen wollen, ausgehändigt. Gleichzeitig erfolgt die Vereidigung nach der im Hebammenlehrbuche S. 282 angegebenen Eidesnorm. Die Vereidigung wird auf dem Prüfungszeugnis vermerkt.

§. 5.

Alle Hebammen stehen unter Aufsicht des Kreisphysikus (Stadtphysikus, Oberamtsphysikus) und sind — unbeschadet der durch besondere Polizeiverordnungen und polizeiliche Anordnungen ihnen auferlegten Verpflichtungen gehalten:

1. demselben beim Beginn des Gewerbes im Physikatsbezirk ihre Wohnung anzuzeigen und sich unter Vorlegung des Prüfungszeugnisses, der erforderlichen Instrumente und Geräte und Tagebuchs persönlich bei ihm zu melden;
2. bei der Ausübung ihres Berufes sich genau nach

dem Hebammenlehrbuch, bezüglich der in demselben enthaltenen Instruction und den dieselbe abändernden und ergänzenden Bestimmungen zu richten;

3. ein Tagebuch zu führen;
4. im Besitz der erforderlichen, in gutem Zustand zu erhaltenden, Instrumente und Geräte, der erforderlichen Desinfectionsmittel und des Lehrbuchs zu sein;
5. jeden Fall von Kindbettfieber sowie jeden Todesfall einer Gebärenden in ihrer Praxis dem Kreis- (Stadt,- Oberamts-) Physikus anzuzeigen;
6. alle drei Jahre sich einer Nachprüfung vor dem Kreis- (Stadt,- Oberamts-) Physikus, beim Nichtbestehen sich jedes Vierteljahr bis zur Erfüllung der gestellten Anforderungen einer abermaligen Prüfung zu unterziehen. Ueber die Prüfung ist ein Vermerk im Tagebuch aufzunehmen.*)

Die Directoren bezw. Lehrer der Hebammenlehranstalten nehmen, soweit es die Umstände gestatten, an diesen Nachprüfungen als Examinatoren Teil.

§. 6.

Zur Erfüllung der im §. 5 bezeichneten Verpflichtungen werden die Hebammen durch die den Verwaltungsbehörden zustehenden allgemeinen gesetzlichen Zwangsmittel und durch die auf Grund besonderer Polizeiverordnungen festzusetzenden Strafen angehalten.

---

*) Anmerkung 2. Ist eine Hebamme zur festgesetzten Zeit nicht erschienen, so hat sie sich auf desfällige Anzeige des Physikus an dem Orte, wo zunächst die Prüfung stattfindet und, wenn sie auch hier ausbleibt, oder in demselben Jahre keine gemeinschaftliche Prüfung mehr vorgenommen wird, am Wohnorte des Physikus einzufinden, um nachträglich geprüft zu werden.

Ergänzungsblatt 7

zum Hebammen-Lehrbuch Seite 279 fg.

(Ministerial-Erlaß vom 24. Mai 1901).

Anmerkung zu § 8, Absatz 3 und § 9: Die zwangsweise Festsetzung der den Hebammen zu gewährenden Leistungen kann da nicht stattfinden, wo nach dem geltenden Rechte eine Verpflichtung der Gemeinden und Gutsbezirke zur auskömmlichen Besoldung der Hebammen nicht besteht und sich daher die verlangte Leistung als eine neue Last darstellen würde.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

§. 7.

Die Bezirksverwaltungsbehörden haben in der Regel bestimmte Hebammenbezirke abzugrenzen und anzuordnen, wie viele Bezirkshebammen mit Rücksicht auf die Verhältnisse des Bezirks anzusetzen sind.

§. 8.

Die Anstellung der Bezirks-Hebammen steht, soweit nicht die Angelegenheit von den Kreisverbänden statutarisch geregelt wird, den einen Hebammenbezirk bildenden Gemeinden und Gutsbezirken zu.

Die Annahme erfolgt thunlichst durch besonderen Vertrag. Ist der Hebamme ein Kündigungsrecht eingeräumt, so ist auf Verabredung einer geräumigen Kündigungsfrist Bedacht zu nehmen, um beim Eintritt der Kündigung die rechtzeitige Wiederbesetzung des Bezirks sicher zu stellen.

In dem Vertrage ist, soweit dies Bedürfniß nicht durch Leistungen der Kreis- oder Provinzialverbände bezw. der gleichartigen Verbände, befriedigt wird, der Hebamme insbesondere zuzusichern:

1. ein den örtlichen Verhältnissen angemessenes, in bestimmten Perioden bis zu einem Höchstbetrage steigendes festes Diensteinkommen;
2. eine von dem Bestehen der Nachprüfung und guter Führung nach dem Urteil des Kreisphysikus abhängige jährliche Remuneration;
3. soweit erforderlich, die Gewährung einer angenehmen Wohnung;
4. für den Fall der Dienstunfähigkeit oder für den Fall der Kündigung seitens des Verbandes nach

Zurücklegung einer bestimmten Dienstzeit in demselben Bezirk eine laufende Unterstützung;

5. unentgeltliche Beschaffung der erforderlichen Instrumente, Geräte, Bücher und Desinfectionsmittel;
6. die Gewährung angemessener Tagegelder und Reisekosten für die regelmäßigen Nachprüfungen, falls die Entfernung des Wohnsitzes der Hebamme vom Prüfungsorte über zwei Kilometer beträgt.

Dagegen übernimmt die Hebamme die Verpflichtung, die Entbindung zahlungsunfähiger Personen ihres Bezirks sowie die erforderliche Pflege derselben und ihrer neugebornen Kinder unentgeltlich zu besorgen.*)

Die Verträge der Gemeinden und Gutsbezirke bedürfen der Bestätigung des Landrats (Amtshauptmanns, Oberamtmanns).

§. 9.

Ist eine erledigte Stelle drei Monate nach eingetretener Vakanz nicht wieder vorschriftsmäßig besetzt, so ist die Bezirksverwaltungsbehörde berechtigt, die Stelle unter den von ihr zu bestimmenden Bedingungen zu besetzen und die Aufbringung und Verteilung der erforderlichen Kosten anzuordnen.

§. 10.

Hebammenbezirke, welche die Mittel zur Ausbildung, Besoldung oder Unterstützung einer Bezirkshebamme nach

---

*) Anmerkung 3 Die unentgeltliche Dienstleistung ist nur von solchen Districtshebammen zu verlangen, welchen außer der Wohnung ein festes Einkommen beigelegt ist, und bezieht sich nur auf Personen, welche bereits der öffentlichen Armenpflege anheimgefallen sind, oder welchen von der zuständigen Behörde für den Specialfall das Armenrecht zuerkannt ist.

dem Gutachten der Provinzial-Verwaltungsbehörde aufzubringen außer Stande sind, erhalten in den neun älteren Provinzen des Staates den erforderlichen Zuschuß durch die Kreisverbände (Gesetz vom 28. Mai 1875, G. S. S. 223, §. 3).

Die letzteren werden zur Erfüllung dieser Verpflichtung von den Kommunalaufsichtsbehörden — im Geltungsbereiche der Kreisordnung vom 13. Dezember 1872 nach Maßgabe des §. 180 derselben — angehalten.

§. 11.

Bezirks-Hebammen, welche sich eines unordentlichen Lebenswandels schuldig machen, die Pflichten ihres Berufes verletzen oder bei der Nachprüfung erhebliche Mängel an den erforderlichen Fertigkeiten und Kenntnissen oder sonst wegen Schwäche ihrer körperlichen oder geistigen Kräfte zu ihrem Beruf untauglich geworden sind, werden auf Antrag der Bezirke oder des Landrats (Amtshauptmanns, Oberamtmanns) aus ihrer Stellung als Bezirkshebamme von der Bezirks-Verwaltungsbehörde entlassen.

Das Verfahren hierbei ist analog dem in den §§. 20, 21 der Gewerbeordnung vom 21. Juni 1869 vorgeschriebenen zu gestalten.

§. 12.

Die Zurücknahme des einer Hebamme erteilten Prüfungszeugnisses erfolgt nach Maßgabe des §. 53 Abs. 2 der Reichsgewerbeordnung vom 21. Juni 1869; bezüglich der Zuständigkeit und des Verfahrens kommen außer §. 54 a. a. O. die besondern landesgesetzlichen Vorschriften in Betracht.



Zurücklegung einer bestimmten Dienstze
selben Bezirk eine laufende **Unterstützun**
5. unentgeltliche Beschaffung **der erforderli**
mente, Geräte, Bücher **und Desinfec**
6. die Gewährung angemessener **Tagegelder**
kosten für die regelmäßigen **Nachprüfu**
die Entfernung des **Wohnsitzes der Heb**
Prüfungsorte über zwei **Kilometer betr**

Dagegen übernimmt die Hebamme **die Ve**
die Entbindung zahlungsunfähiger **Personen ih**
sowie die erforderliche Pflege derselben **und ihrer r**
Kinder unentgeltlich zu besorgen.*)

Die Verträge der Gemeinden und **Gutsbezir**
der Bestätigung des Landrats (**Amtshauptmanns,**
manns).

§. 9.

Ist eine erledigte Stelle drei Monate **nach ei**
Vakanz nicht wieder vorschriftsmäßig **besetzt, so ist d**
verwaltungsbehörde berechtigt, die Stelle **unter de**
zu bestimmenden Bedingungen zu besetzen **und**
bringung und Verteilung der erforderlichen Kost
ordnen.

§. 10.

Register.

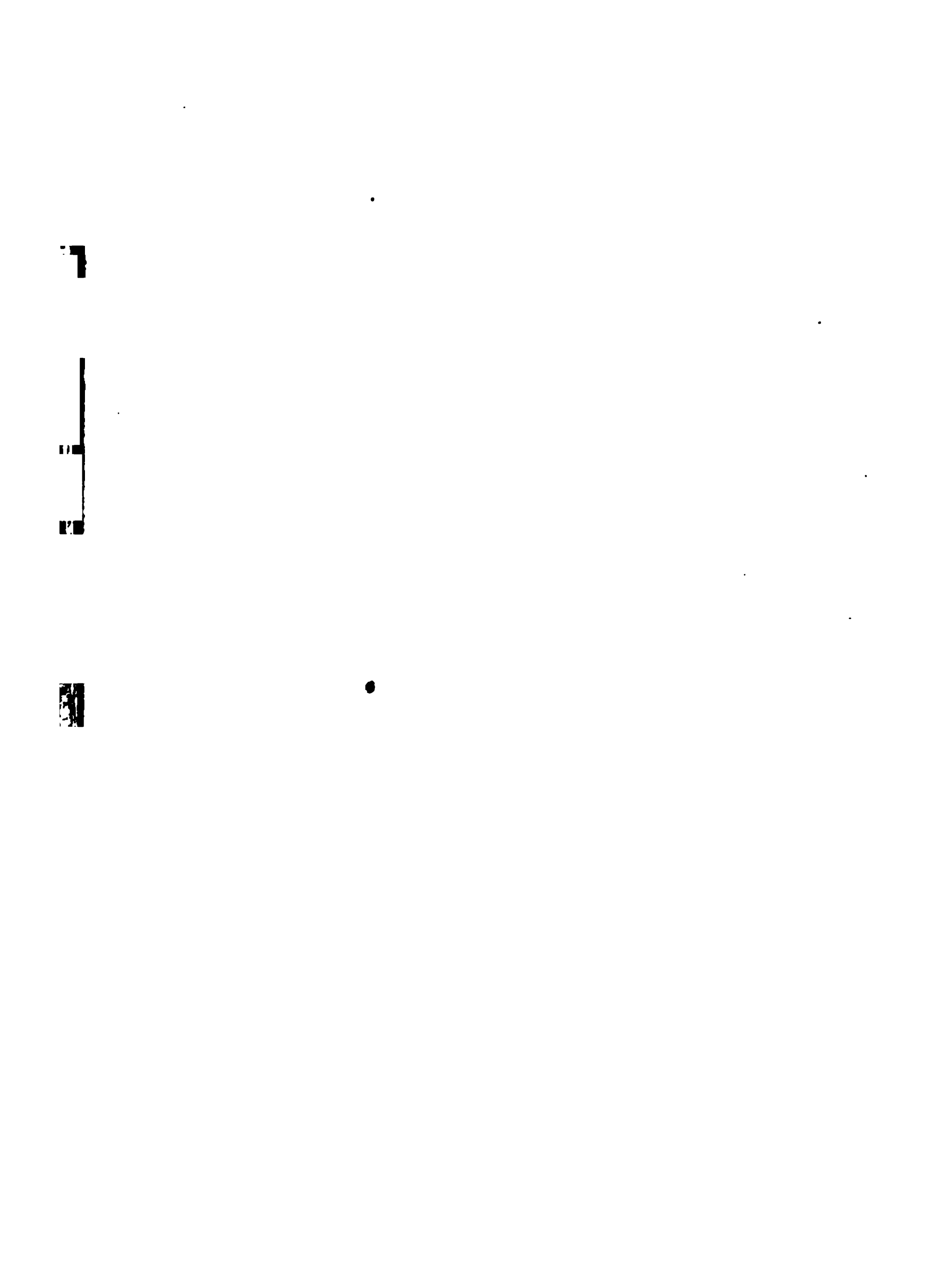
A.

B.

C.

D.

E.



L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Z.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

